

COUNTWAY LIBRARY

HC 4Y3U E



BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

QUELQUES RECHERCHES
SUR
L'AMPLIATION DU DIAPHRAGME PELVIEN
PENDANT L'ACCOUCHEMENT
ET SES CONSÉQUENCES

QUELQUES RECHERCHES
SUR
L'AMPLIATION DU DIAPHRAGME PELVIEN
PENDANT L'ACCOUCHEMENT
ET SES CONSÉQUENCES

PAR

RENAUD HUE

Docteur en médecine
Ancien Externe des Hôpitaux,
Moniteur à la Clinique Tarnier.
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

PARIS

ÉMILE LAROSE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, rue Victor Cousin, 11

1906

5621



A MON PÈRE

Hommage de gratitude et de filiale reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DUCOSTÉ

*A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE ET DES HOPITAUX DE ROUEN*

M. LE DOCTEUR CERNE.

M. LE DOCTEUR BATAILLE.

M. LE DOCTEUR JEANNE.

A MES MAITRES EN MEDECINE

M. LE DOCTEUR CUFFER (*In memoriam*).

M. LE DOCTEUR ALEXANDRE RENAULT.

M. LE DOCTEUR HUCHARD.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RÉNON.

M. LE DOCTEUR AVIRAGNET.

M. LE DOCTEUR HIRTZ.

M. LE DOCTEUR SALOMON.

M. LE DOCTEUR CHRISTIAN (*Maison nationale de Santé*).

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ QUÉNU.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ PIERRE DUVAL.

M. LE PROFESSEUR RECLUS.

M. LE DOCTEUR LAUNAY.

M. LE DOCTEUR ALEXANDRE.

M. LE DOCTEUR PIQUANT.

A MES MAITRES EN OBSTÉTRIQUE

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MAYGRIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DÉMÉLIN.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ BRINDEAU.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

M. LE DOCTEUR CHARLES NICOLLE.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MACAIGNE.

M. LE DOCTEUR GOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

- Aetius.** *Tetrabibl. IV, sermo 4, trad. Cornarius, Lyon, 1549.*
- Alexander.** *Practical gynécology.*
- Auvard.** *Traité pratique d'accouchement.*
- Auvard.** *Travaux d'obstétrique, tome III.*
- Baudelocque.** *L'art des accouchements, tome II.*
- Benicke.** *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, 1878, p. 262.*
- Boissard.** *De la forme de l'excavation pelvienne considéré au point de vue obstétrical, thèse, Paris, 1884.*
- Budin.** *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique, thèse, Paris, 1876.*
- Budin.** *Des lésions traumatiques de la femme dans les accouchements artificiels, thèse d'agrégation, Paris, 1878.*
- Budin.** *Obstétrique et Gynécologie, 1881.*
- Budin.** *Leçons de Clinique obstétricale.*
- Budin et Demelin.** *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement.*
- Bumm.** *Grundriss zum studium der Geburtshilfe.*
- Cazeaux.** *Traité théorique et pratique des accouchements, 1856.*
- Davet.** *De la dystocie due à la contracture des muscles releveurs de l'anus, thèse, Paris, 1900.*

- Delamotte.** *Traité complet des accouchements.*
- Delore et Jacod.** *De la perinéorraphie à étages (Myorraphie des releveurs),* Lyon médical, 11 septembre 1904.
- Démelin.** *Revues et Mémoires d'obstétrique.*
- Démelin.** *Le petit Bassin.* L'Obstétrique, novembre 1904.
- Drappier.** *Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale,* thèse, Paris, 1893.
- Duval et Proust,** *Technique de la suture des muscles releveurs au cours de la perinéorraphie.* Presse médicale, 22 novembre 1902.
- Eggeling.** *Zur Morphologie der Dammusculatur.* Morph. Jahr, 1896, tome XXXIV.
- Emmet.** *La pratique des maladies des femmes.*
- Emmet.** *Study of the actiology of perinéal laceration,* transaction of the american gynecological society, vol. VIII, page 196.
- Farabeuf et Cerf** *Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis.*
- Farabeuf et Varnier.** *Introduction à l'art des accouchements.*
- Gardien.** *Traité d'accouchement et de maladies des femmes,* tome II, 1807.
- Hadra.** *Injuries of the pelvie diaphragm.* American journ. of Gyn. and Obstetrics, avril 1884.
- Hildebrandt.** *Ueber Krampf des levator ani beim coitus.* Archiv für Gynaek. Tome II, 1872.
- Hildebrandt.** *Handbuch der Frauenkrankheiten.*
- Hue (Jude) de Rouen.** *Etude sur la perinéorraphie dans les cas de rupture complète.* Mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1875. Rapport de M. Guéniot (séance du 5 avril 1876).
- Kelly.** *Operativ Gynécology.*
- Kustner.** *Kurtzes lehrbuch der Gynaekologie.*
- Levret.** *L'art des accouchements.*
- Noble.** *Perinéorraphy by uniting the borders of the levator ani muscles.* American Journal of Gyn. and Obstetrics, avril 1897.
- Révillout.** *Gazette des hôpitaux,* 29 août 1874.

- Rieffel.** *Appareil génital de la femme.* Anatomie humaine de Poirier et Charpy, tome V.
- Sappey.** *Anatomie descriptive,* tome II.
- Savage.** *Surgical anatomy of the pelvic organs.*
- Scanzoni.** *Traité pratique des organes sexuels de la femme,* 1860.
- Schatz** (Friedrich). *Ueber die Zerreissung des Muskulosen Beckenboden bei der Geburt.* Archiv. fur Gynaekologie, tome XXII, 1884, p. 298 (Vortrag gehalten in der ersten Sitzung der gynaekologischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte in Freiburg).
- Siebold.** *Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe,* tome I, 1839.
- Sims** (Marion). *Clinical notes on uterine surgery,* 1866.
- de Sinéty.** *Manuel pratique de gynécologie.*
- Tarnier et Chantreuil.** *L'art des accouchements,* tome I.
- Varnier.** *Le détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical,* thèse, Paris, 1888.
- Visca.** *Du Vaginisme,* thèse, Paris, 1870.
- Ziegenspeck.** *Zentralblatt fur Gynaekologie,* 14 octobre 1899, n° 41 (Vortrag der gynaekologischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aertzte in München).

INTRODUCTION

Nous avons entrepris dans nos recherches de déterminer la nature et l'importance des lésions du diaphragme pelvien pendant l'accouchement. Au cours de ses leçons cliniques, M. le professeur Budin nous a enseigné qu'avec un périnée intact, ou ne présentant qu'une lésion superficielle respectant les muscles transverses, on peut rencontrer des désordres considérables, intéressant les parties molles plus profondes, capables d'altérer dans la suite la santé des femmes.

Pendant les deux années que nous venons de passer dans le service de M. le professeur Budin à la clinique Tarnier, nous avons pu observer l'obstacle considérable apporté, parfois, à l'expulsion par la contracture du relèveur de l'anus. Nous avons voulu étudier dans quelle mesure il était possible de prévenir les compli-

cations de la parturition, lorsqu'un examen attentif du plancher pelvien aura mis l'accoucheur à même de pronostiquer un accouchement laborieux possible.

Avant de commencer ce travail, nous tenons à adresser ici tous nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidés dans nos recherches et pour lesquels nous garderons la plus grande reconnaissance.

M. le Professeur Reclus nous a autorisé à publier dans notre thèse la technique d'un nouveau procédé opératoire, MM. les Professeurs agrégés Quénu et Pierre Duval, MM. les Docteurs Perret, Bouchacourt, Paul Guéniot, Cathala, Coudert et Piquant dont les avis nous furent si utiles.

Nous témoignons une particulière reconnaissance à M. le Professeur agrégé Démélin dont les enseignements et les bienveillants conseils nous ont permis de faire ce travail.

Que M. le Professeur Budin veuille bien nous permettre de le remercier de tout ce qu'il a fait pour nous après nous avoir accepté comme externe dans son service, il nous a désigné pour être moniteur à la clinique Tarnier ; il n'a cessé de nous prodiguer au cours des deux années où

nous avons été son élève les marques de sa bienveillance et les conseils les plus précieux ; enfin, après avoir approuvé le sujet de cette thèse il nous a fait le grand honneur de vouloir bien la présider, qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde gratitude.



PREMIÈRE PARTIE

Le diaphragme pelvien considéré au point de vue obstétrical

I. Constitution du diaphragme pelvien

L'excavation pelvienne, dont les parois osseuses sont constituées par le sacrum et les os iliaques, largement ouverte en haut au niveau de la bague osseuse du détroit supérieur, est fermée en bas par un plancher de parties molles où prédomine le tissu musculaire. Ce plancher périnéal musculaire est formé par deux muscles pairs et symétriques. Le releveur de l'anus et l'ischiococcygien, dont l'ensemble est appelé par Farabeuf le *releveur coccypérinéal*.

Si l'on examine l'excavation après l'avoir vidée, la seule inspection permet de se rendre compte de ce que si son orifice supérieur est

circonscrit dans un cercle complètement osseux, son orifice inférieur, au contraire, par lequel devra passer le fœtus à sa sortie du bassin osseux, est entièrement bordé et constitué par des tissus mous et fermé par une sorte d'entonnoir musculo-membraneux, l'*Infundibulum périneo-vulvaire* (Farabeuf). Un diaphragme se trouve ainsi constitué, dont la concavité regarde en haut, vers le détroit supérieur, faisant vis-à-vis à la concavité du diaphragme abdominal. Il n'est percé que par une fente médiane livrant passage à trois canaux : l'urètre, le vagin, le rectum. C'est la boutonnière musculaire pubo-coccygienne du releveur coccypérinéal (1) (Farabeuf).

Tant que ce plancher périnéal n'est pas sollicité à s'ouvrir, l'excavation pélvienne figure à peu près une cavité cylindro-hémisphérique, dont la partie cylindrique a pour hauteur celle de la symphyse pubienne et dont la partie hémisphérique, appendue à la précédente, est constituée en arrière par les quatre dernières pièces sacrées et en avant par le diaphragme pelvien ou releveur coccypérinéal. Au moment de l'accouchement, à mesure que la partie fœtale le déprime davantage et ouvre son orifice vaginal,

1. Varnier, *Le détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical*, thèse Paris, 1888.

la cavité pelvienne devient cylindro-conique, puis cylindrique, pour revenir à sa forme première, cylindro-hémisphérique, lorsque l'expulsion est terminée (1).

Le diaphragme pelvien ne ferme donc pas complètement le bassin. Il laisse en avant, entre la face antérieure du vagin et la symphyse des pubis, un espace triangulaire libre, inscrit dans l'intervalle qui sépare en avant les releveurs. Cet espace est fermé par un deuxième plancher principalement fibreux, le *plancher urogénital*. Ce plancher urogénital constitue une espèce d'auge formée par les faisceaux antérieurs des deux releveurs. Il dépasse largement l'espace de ces muscles, puisqu'il va se fixer aux branches ischiopubiennes, entre lesquelles il est tendu (2).

Dans le sens sagittal, il s'étend de la ligne bischiatique au ligament arqué du pubis, traversé d'arrière en avant par le vagin et l'urètre.

Ce *diaphragme pelvien accessoire*, urogénital, appelé encore plancher ou trigone urogénital est constitué par trois muscles : le transverse profond du périnée, le transverse de l'urètre et le constricteur de l'urètre.

Enfin, si nous descendons sur un plan infé-

1. Demelin, *Le petit bassin*. Obstétrique, nov. 1904.

2. Farabeuf et Cerf. *Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis*.

rieur plus superficiel, nous trouvons dans l'épaisseur même du périnée un troisième groupe de muscles situés entre les deux diaphragmes et le tissu cellulaire sous-cutané: ce sont les muscles périnéaux superficiels ou muscles du périnée proprement dit, agencés autour des orifices rectal, vaginal et urétral, le sphincter superficiel de l'anus, les deux transverses superficiels du périnée, les bulbocaverneux et ischiocaverneux.

Nous ne nous étendrons pas dans les détails descriptifs de ces muscles, nos recherches ayant porté plus spécialement sur les muscles du diaphragme pelvien principal.

Diaphragme pelvien principal. — Il est constitué par deux muscles, tous deux dérivés des muscles de la queue des mammifères caudés, comme l'ont montré les recherches d'Eggeling (1). Ce sont l'ischiococcygien et le releveur de l'anus.

L'ISCHIOCOCGYGIEN s'étend de l'épine sciatique vers les parties latérales du coccyx et du sacrum. Très court, aplati, rayonné, triangulaire, situé en arrière et sur le même niveau que le releveur, il forme le tiers postérieur du plancher de l'excavation pelvienne, dont ce dernier muscle

1. Eggeling, *Morph. Jahrb.*, 1896, t. XXXIV, p. 405; *Zur Morphol. der Dammusculatur.*

constitue les deux tiers antérieurs. Il s'attache en dehors : 1^o à la face interne et aux deux bords de l'épine ischiatique ; 2^o au sommet du petit ligament sacrosciaticque ; 3^o à la partie postérieure de l'aponévrose de l'obturateur interne. Ces insertions se font par des fibres tendineuses qui forment le tiers environ et quelquefois la moitié de sa longueur.

De cette triple origine, il se porte en dedans, en arrière et en haut, en s'élargissant de plus en plus, et s'insère par sa base : 1^o à toute l'étendue des parties latérales du coccyx, et un peu aussi à la face antérieure de cet os ; 2^o aux parties latérales du sommet du sacrum. Ces insertions ont lieu par des fibres aponévrotiques, assez longues aussi, mais qui s'entremêlent aux fibres charnues, de telle sorte que le muscle ischiococcygien offre un aspect différent, suivant qu'on l'examine par sa face supérieure ou par sa face inférieure ; celle-ci ne présente pas dans sa portion charnue le même mélange de fibres tendineuses et musculaires (1).

La face inférieure du muscle ischiococcygien répond au petit ligament sacrosciaticque qui lui adhère étroitement en dehors et beaucoup moins

1. Sappey, *Anat. descriptive*, t. II, p. 254.

en dedans. *Sa face supérieure* légèrement concave, inclinée en avant et en dedans, est recouverte par le rectum et l'aponévrose pelvienne. *Son bord inférieur*, presque transversal, s'applique au bord postérieur du releveur de l'anus, une simple ligne cellulo-fibreuse établit les limites respectives des deux muscles.

LE RELEVEUR DE L'ANUS est un muscle mince, large et aplati formant avec son homologue la plus grande partie du plancher pelvien (deux tiers antérieurs) et en particulier celle qui contient l'anus. C'est une sorte de hamac tendu transversalement dans le bassin, concave en haut et percé d'une large fente médiane, qu'occupent le vagin, l'urètre, le rectum et un raphé fibreux. Muscle double au point de vue anatomique et physiologique, il se compose de deux ordres de fibres bien distinctes (1).

1^o *Une portion externe*, superficielle, qui constitue une lame tendue dans le bassin entre les branches du pubis et le bord antérieur du muscle ischiococcygien. Elle s'insère au pubis, à l'aponévrose obturatrice et à l'épine sciatique. Ses origines pubiennes, qui sont les plus nombreuses et nous intéressent particulièrement, ont lieu à la face postérieure du pubis par une ligne

1. Rieffel, *Anat. Poirier*, t. V, p. 615.

courbe à convexité supérieure. Cette ligne, dont l'origine est un point situé à un demi-centimètre au-dessus de l'ogive pubienne, s'étend à sept ou huit millimètres en dehors de la symphyse, jusqu'au niveau de l'arcade aponévrotique qui limite le canal obturateur (1).

Parties de ces points d'insertion, les fibres musculaires se dirigent toutes plus ou moins nettement en bas et en arrière, d'autant plus obliques qu'elles s'écartent davantage de la ligne médiane. Les plus internes passent sur les côtés de l'urètre, du vagin et du rectum. Arrivées derrière le rectum, elles se croisent d'un côté à l'autre, sous un angle d'autant plus aigu qu'elles sont plus postérieures et l'ensemble des points de croisement constitue un raphé fibreux qui joint l'anus à la pointe du coccyx, c'est le *raphé fibreux anococcygien, ligne blanche anococcygienne de Cruveilhier*.

Au niveau de ce raphé, se fait aussi l'intersection postérieure des fibres du sphincter externe de l'anus et il est souvent impossible de séparer les deux plans des deux muscles.

D'une façon générale, on voit que cette première portion du releveur, *portion sphinctérienne, est tendue à la manière d'une sangle, entou-*

1. Drappier, *Contrib. à l'étude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale*, thèse Paris, 1893, p. 52.

rant la partie inféro-postero-latérale du rectum (Rieffel) (1).

2° *Une portion interne ou profonde* bien moins considérable que l'autre et qui s'en distingue surtout par sa direction antéro-postérieure et ses insertions sur les faces latérales de l'anus. Elle va de la paroi endopelvienne à l'anus, en passant de chaque côté de l'urètre et du vagin. Parties du pubis immédiatement en dehors et au-dessus de celles de la portion sphinctérienne, les fibres passent en arrière du vagin pour se joindre sur le raphé anococcygien. D'autres se réunissent pour s'appliquer à la face antérieure du rectum et descendant vers l'anus sur les parois antérieures et latérales duquel elles se terminent. Quelques faisceaux musculaires de cette portion prennent naissance sur le ligament pubovésical externe.

En somme, on peut avec Tarnier et Chantreuil comparer le releveur de l'anus à un éventail. Son centre serait en rapport avec le rectum, il répondrait par l'un de ses côtés au grand ligament sacrosciaticque et par l'autre à une ligne antéro-postérieure partageant le petit bassin en deux moitiés latérales. Le bord arrondi de cet éventail s'étendrait du pubis à l'épine sciatique (2).

1. Rieffel, *L. cit.*, p. 618.

2. Tarnier et Chantreuil, *L'art des accouchements*, t. I, p. 69.

La face supérieure du releveur de l'anus est entièrement recouverte par son aponévrose : c'est l'aponévrose supérieure du diaphragme pelvien.

La face inférieure du muscle est couverte d'une lame aponévrotique mince et peu résistante, qui constitue son aponévrose inférieure. A sa partie supérieure, cette face est en rapport avec le muscle obturateur interne dont elle s'écarte bientôt à mesure que les faisceaux se dirigent en bas et en dedans.

Ces deux muscles délimitent ainsi un espace rempli de graisse, augmentant de largeur à mesure que l'on descend : C'est le *creux ischio-rectal inférieur de Richet* ou *creux ischioanal de Farabeuf*. Ce dernier auteur le compare à l'intérieur d'un appentis, dont le mur vertical est formé par la terminaison du grand ligament sacrosciaticque, l'ischion et sa branche, d'où monte l'aponévrose qui cache et enveloppe le muscle obturateur interne, et dont le releveur incliné en dedans figure le toit (1).

Tout à fait en bas et en arrière, la face externe du muscle est en rapport avec les faisceaux postérieurs du sphincter externe et le tissu cellulaire sous-cutané.

1. Farabeuf et Cert, *Loc cit.*, p. 31.

Le bord externe du releveur (bord circonférentiel) passe, dans sa partie antérieure, sous l'entrée du canal obturateur et s'y trouve en rapport avec le paquet vasculo-nerveux qui y pénètre (nerf obturateur et vaisseaux obturateurs). Tout à fait en arrière, ses faisceaux se juxtaposent à ceux du bord antérieur de l'ischio-coccygien d'une manière si intime qu'il n'est souvent possible de différencier les deux muscles que grâce à l'aspect tendineux ou musculo-aponévrotique de l'ischiococcygien et que l'on pourrait à l'exemple de Paul Dubois considérer l'ischiococcygien comme le faisceau postérieur du muscle releveur de l'anus (1).

Les rapports du bord interne du releveur présentent un intérêt tout particulier par sa continuité avec le canal intestinal, le vagin et l'urètre. Pour l'exposer avec clarté, nous empruntons la description de M. Rieffel : « Il doit être étudié dans ses différents segments : 1^o du pubis à la paroi postérieure du vagin ; 2^o du vagin au rectum ; 3^o au niveau du rectum ; 4^o du rectum au coccyx.

« 1^o *Du pubis à la paroi postérieure du vagin.* — Il limite avec le muscle du côté opposé un espace large en avant de vingt-cinq à trente mil-

1. Tarnier et Chantreuil, t. I, p. 71.

limètres, espace dans lequel descendant l'urètre en avant, le vagin en arrière.

« Au point où passe l'urètre, il est en rapport avec le plexus de Santorini, le col de la vessie et le muscle transverso-urétral.

« Dans la partie qui correspond aux parois latérales du vagin, le bord interne est intimement accolé au canal génital, qu'il croise obliquement à vingt-cinq millimètres environ au-dessus de l'orifice vulvovaginal. Il est en rapport en bas avec le transverse profond du périnée ou plutôt avec ses fibres à insertion vaginale. Ce muscle sépare le releveur des bulbocaverneux et du sphincter de la vulve.

« 2^o *Du vagin au rectum.* — Les deux releveurs se continuent l'un avec l'autre. Le raphé est fort mal marqué, la grande majorité des fibres ayant une direction sagittale, car elles appartiennent à la portion élévatrice et vont s'insérer à l'anus. Au-dessous de ce point, est situé le véritable centre tendineux ou raphé ano-vulvaire, créé par l'intrication des fibres du sphincter externe de l'anus, du bulbocaverneux, du constricteur de la vulve et des transverses périnéaux.

« Par sa face supérieure, cette partie du releveur est très voisine du cul-de-sac de Douglas.

« 3^o *Au niveau du rectum.* — Le bord interne perd les fibres de la portion élévatrice, puis-

qu'elles s'insèrent sur l'anus. Celles de la portion sphinctérienne croisent à angle droit le rectum sans s'y fixer. Cette partie du bord interne est, dans la grande majorité des cas, séparée du sphincter externe par un espace rempli de tissu cellulo-graissieux. Quelquefois les deux muscles se touchent par leurs bords. Il est alors fort difficile de les différencier.

« 4° *Du rectum au coccyx.* — Le bord interne du releveur contribue à former le raphé anococcygien au-dessus duquel s'allonge plus ou moins le muscle rectococcygien de Treitz. Au-dessous, est situé l'entrecroisement postérieur des fibres du sphincter externe, lequel est d'ailleurs très intimement uni au raphé du releveur (1) ».

Rôle du releveur de l'anus. — Nous n'insisterons pas sur l'action du releveur de l'anus, auquel d'ailleurs les rôles les plus divers ont été attribués par les anatomistes. Nous dirons seulement que le releveur de l'anus, double dans sa constitution, est double aussi dans son action, chacune de ses portions ayant un rôle physiologique bien différent.

La portion externe ou superficielle n'a aucune action sur l'orifice anal, puisqu'elle ne s'y insère pas. Au point de vue obstétrical, c'est ce chef du

1. Rieffel, *L. c. t.*, p. 621.

muscle, qui, par ses attaches coccygiennes, s'oppose à la sortie de la partie foetale dans l'accouchement. La fente pubococcygienne représente la véritable *ouverture inférieure de l'excavation pelvienne* ou orifice supérieur du conduit périnéovulvaire.

La portion profonde ou interne (*Levator ani proprius* de Lesshaft) a seule une action élévatrice sur l'anus, elle contribue à la formation de l'anneau hyménal. Lorsqu'elle est développée d'une façon anormale, elle peut produire le vaginisme supérieur et, en accouchement, elle peut être une cause de dystocie (Drappier).

Nos recherches ayant porté sur le rôle du releveur au point de vue obstétrical, sur la dystocie dont il peut être la cause et sur les conséquences que peut entraîner sa lésion, nous l'envisagerons toujours avec l'ischiococcygien en tant que diaphragme pelvien.

II^e *Le diaphragme pelvien pendant l'accouchement.*

Supposons un accouchement normal, la première période du travail étant accomplie (celle répondant à l'effacement et à la dilatation du col utérin).

Le foetus, primitivement enfermé dans la

cavité utérine, expulsé par les contractions, est descendu dans l'excavation par son orifice largement ouvert. La partie foetale est alors poussée dans le petit bassin, d'où il lui faudra sortir en franchissant successivement la boutonnière musculaire pubo-coccygienne, les muscles transverses profonds, l'hymen chez les primipares, le canal vulvaire avec son vestibule inter-nymphéal et l'espace qui sépare les grandes lèvres. Le recul du coccyx fait partie de l'ampliation du diaphragme pelvien et marque le début de la période d'expulsion. C'est le premier obstacle à franchir que rencontre la partie foetale au début de cette période (1).

Comment la présentation va-t-elle forcer ce passage ? Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de nous reporter à l'explication donnée par M. Demelin (2). « Par suite de l'attitude de la femme, de l'inclinaison en arrière de l'organe gestateur, de ses rapports avec la paroi abdominale antérieure qui le refoule en arrière, et avec le rachis lombaire qui le supporte, la résultante des forces exercées par les contractions utérines est dérigée obliquement en avant (suivant une ligne joignant le promontoire sacré au bord

1. Auvard, *Traité pratique d'accouchements*, p. 109 ; Auvard, *Travaux d'Obstétrique*, t. XIV, p. 21.

2. Demelin, *L'Obstétrique*, novembre 1904.

inférieur des pubis), si bien que le corps fœtal est poussé sur la paroi antérieure du pelvis. Cette paroi est d'abord osseuse; elle résiste et change la direction du mobile en le refoulant en bas et en arrière vers le fond de l'excavation. Mais la poussée utérine continue, toujours dirigée en avant; la présentation descend et trouve au-dessous de la symphyse pubienne une paroi molle musculo-fibro-cutanée, possédant une ouverture toute disposée à l'ampliation.

« En résumé, dit M. Demelin, la paroi antérieure du bassin est celle qui supporte au maximum les effets de la force utérine. La partie fœtale descend dans l'excavation en longeant la face postérieure du pubis: elle atteint bientôt les faisceaux pubiens des releveurs et leur boutonnière médiane traversée elle-même par le conduit vaginal.

« L'arc antérieur du bassin, par sa résistance, modifie la direction première du fœtus et le mène vers le fond du bassin. Là le fœtus entre en contact avec les sangles de ce fond. La sangle ischio-coccygienne manque d'extensibilité dans le sens antéro-postérieur; mais elle se meut comme un volet autour d'une charnière: celle-ci est faite sur la ligne médiane de l'articulation sacrococcygienne, et vers les parties latérales, des petits ligaments sacrosciatiques.

Quand la présentation, la tête je suppose est poussée contre cette sangle, elle fait jouer la charnière dont la mobilité est assurée par l'insertion (étroite et quasi effilée) externe, des muscles ischiococcygiens aux épines sciatisques: il est évident, que si cette insertion, au lieu d'être ainsi ramassée sur elle-même, se trouvait étalée sur une certaine longueur, la bande musculaire se tordrait pendant la poussée, et la mobilité de la charnière serait compromise. La tête fœtale fait donc jouer cette charnière et repousse le coccyx en arrière.

« Le diamètre coccysouspubien est ainsi agrandi. Bientôt la tête refoule aussi la sangle obturato-précoccygienne; mais celle-ci n'a pas de squelette osseux. La présentation, poussée sur la paroi antérieure du bassin, en déprime les faisceaux musculaires pubiens; elle reporte en avant leurs insertions postérieures, c'est-à-dire que le périnée interanococcygien s'allonge, mais modérément, parce que la boutonnière des faisceaux puboprécoccygiens est large, et par suite vite traversée par la tête qu'elle couronne sans grande difficulté.

« D'ailleurs, immédiatement en avant du périnée postérieur, est une solution de continuité, l'anus, qui isole et laisse libre, dans une certaine mesure, le périnée antérieur.

« Celui-ci est à son tour refoulé en avant par la tête : les faisceaux anopubiens du releveur (portion interne) repoussés en avant et déprimés entraînent dans le même sens leur insertion mobile, c'est-à-dire que le périnée antérieur se déplace en avant, avec l'orifice anal qui s'ouvre par progression de sa paroi antérieure principalement. A mesure que l'expulsion progresse, la tête pousse de plus en plus les faisceaux anopubiens.

« Ces fibres musculaires avaient à l'état statique une longueur de 7 à 9 centimètres pour celles qui vont à la paroi antérieure de l'anus, de 9 à 12 centimètres pour celles qui se portent à ses parois latérales. Or, la partie fœtale les allonge et les dissocie, surtout dans leurs régions postérieures ; car, en avant, leurs insertions sont ramassées et soutenues par les pubis. Le périnée antérieur s'allonge notablement et s'amincit en se laminant. La boutonnière des faisceaux anopubiens est dilatée, et aussitôt après, l'orifice creusé dans l'aponévrose moyenne et le transverse profond, renforcé surtout par l'attache périphérique de l'hymen, encore intact chez les primipares est forcé à son tour.

« Les petites et les grandes lèvres sont déplissées, la vulve est agrandie et refoulée aussi en avant, le canal vulvaire s'efface et se dilate en

un seul orifice de sortie, et le dégagement se termine.

« Lorsque les diamètres maxima de la présentation ont franchi l'orifice vulvaire, les fibres pubiennes sont soulagées par la venue de diamètres céphaliques moins longs ; elles peuvent réagir et se rétracter. »

DEUXIÈME PARTIE

Dystocie par la résistance du diaphragme pelvien à l'accouchement

Aperçu historique. — Après cet exposé, il est facile de se rendre compte combien cette dernière période du travail peut être entravée par la résistance des formations musculaires et aponévrotiques dont la réunion constitue la filière vaginopérinéale. *Les anciens accoucheurs* connaissaient déjà la rigidité des parties molles et cette forme de dystocie caractérisée par le manque de mobilité du coccyx, que quelques-uns attribuaient à l'ankylose de l'articulation sacrococcygienne.

Il en est fait mention dans *Aetius*, qui constate « que la rigidité des parties de la génération « peut apporter des obstacles à l'accouchement « chez une femme qui accouche pour la première « fois étant parvenue à un âge avancé. Chez des

« femmes quoique jeunes, les parties peuvent être naturellement très étroites ou être resserrées par une cicatrice où l'usage d'astringents portés dans la matrice. Pour rendre à ces parties leur souplesse naturelle, pour faciliter leur dilatation et combattre la raideur des articulations, on doit employer les bains et les fumigations ». Cet auteur conseille aussi chez les primipares ou des femmes grasses et fortement musclées de ramener par le ventre l'utérus sur la ligne médiane et le maintenir dans la même ligne que l'orifice de la matrice, cathétérer la vessie et vider l'intestin avec un clystère (1).

Ces pratiques du bain et du clystère paraissent tombées en désuétude depuis l'époque gallo-romaine. *Delamotte* (2), dont les préceptes ont été très écoutés au XVIII^e siècle, les déconseille et les regarde comme dangereux. Aujourd'hui, encore les médecins sont souvent obligés de lutter contre ce préjugé populaire qu'une femme enceinte ne doit ni se baigner ni se purger.

Baudelocque, dans son *Traité de l'art des*

1. J. Cornarius : *Aetius, Tetrabibl.*, 4, serm. 4, p. 1032; Lyon, 1549; — Siebold, *Versuch einer geschichte der geburthülfe*, t. I, 1839.

2. *Delamotte, Traité complet des accouchements*, Paris, 1865.

accouchements, parlant des obstacles que rencontre la présentation au détroit inférieur dit que « le plus souvent on attribue à cette soudure (de l'articulation sacro-coccygienne) ce qui n'est qu'un pur effet de la résistance des parties externes de la génération » (1).

M^{me} La Chapelle dit que « le croupion des vieilles femmes se laisse difficilement distendre par la tête ».

Nous n'entrerons pas dans les détails des interminables discussions expliquant la résistance du coccyx à la sortie de l'enfant à terme, qui ornent les fastes de l'obstétrique à cette époque. Nous avons seulement voulu rappeler que de longue date la résistance des parties molles au détroit inférieur avait été signalée par les observateurs et nous nous en tiendrons à cette remarque de *Cazeaux* (2) : « Il est très fréquent surtout chez les primipares fortes et bien musclées, ou douées d'un grand embonpoint, de voir le travail marcher d'abord très régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout à coup être complètement arrêtée. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie, mais

1. Baudelocque, *L'art des accouchements*, t. II, p. 61.

2. Cazeaux, *Traité théorique et pratique des accouchements*, 1856.

malgré leur violence, la tête peut rester là pendant plusieurs heures sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due à la contraction trop violente des fibres musculaires qui entrent dans sa composition, qui rend cette paroi du bassin trop peu extensible pour permettre le dégagement de la tête. »

Jusqu'ici, on nous signale bien la résistance des parties molles et des muscles, mais aucun détail n'est précisé et nous en sommes toujours au même point que *Gardien* (1) qui disait : « Les accoucheurs ont reconnu que les femmes vigoureuses accouchent, pour l'ordinaire, plus lentement et avec plus de difficulté que les autres. Si la femme faible fait de moindres efforts que celle qui est robuste, en revanche les parties molles opposent moins de résistance pour se laisser dilater. »

Quant au développement anormal du releveur de l'anus et à sa contracture, il n'en est pas question.

Constriction du vagin par le releveur de l'anus.

— Ce n'est que plus tard avec *Scanzoni* (2),

1. *Gardien, Traité d'accouchements et de maladies des femmes*, t. II, 1807.

2. *Scanzoni, Traité pratique des organes sexuels de la femme*, 1860.

Visca (1), *Péan* (2), que la contracture de ce muscle en dehors de l'accouchement est spécialement étudiée et *Savage* constate que « la contraction de l'anneau vaginal n'est pas produite par le muscle constrictor cunni, mais par le muscle pubioccocygien » (3).

Nous devons cependant ajouter que *Cazeaux* (4) a écrit que « la résistance des muscles du péri-née est une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps. Sur dix applications, neuf sont pratiquées dans le but d'extraire une tête arrêtée depuis quatre, cinq et sept heures par le plancher du bassin ». Il est vraisemblable qu'il comprend le releveur de l'anus parmi les muscles auxquels il fait allusion en parlant du péri-née et du plancher pelvien.

C'est le releveur qui nous intéresse et il nous faut arriver à *Hildebrandt* (5) pour trouver une étude spéciale et précise de la constriction du vagin par ce muscle. Cette observation concerne un cas de *penis captivus*.

Frappé par l'analyse des phénomènes qu'il avait observés, *Hildebrandt* put présenter une

1. *Visca, Du Vaginisme*, thèse Paris, 1870.
2. Observations de *Péan*, in th. de *Visca*.
3. *Savage, Surgical anatomy of the pelvic organs*.
4. *Cazeaux, l. cit.*, p. 746.
5. *Hildebrandt. Ueber krampf des Levator ani beim caëtus, Arch. f. Gynaeck*, 1872, t. II, heft 2.

explication de l'action des fibres du releveur pour se contracter et rétrécir le canal vaginal d'une façon aussi marquée, après avoir établi des préparations anatomiques qui lui montrèrent les plus gros faisceaux de ce muscle naissant derrière les pubis et croisant la paroi latérale du vagin, puis se dirigeant devant et derrière le rectum jusqu'à la partie inférieure du coccyx. Ses recherches ont démontré la direction des faisceaux musculaires dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur presque parallèles au sol dans la station debout, un peu obliques de haut en bas et d'arrière en avant, puisque la pointe du coccyx se trouve plus haut que le bord inférieur de la symphyse (1).

Dystocie par contracture du releveur de l'anus.

— En 1874, l'observation publiée par Révillout (2) montre à quel point la contracture du releveur peut opposer de résistance à l'accouchement : « Il y a 3 ans, dit Revillout, une jeune femme primipare, très bien musclée, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches. Comme le travail se prolongeait, l'interne de service pensa qu'il y avait lieu de recourir au forceps. En conséquence, il introduisit les branches de

1. Hildebrandt. *Handbuch der Frauenkrankheiten*, p. 106.

2. Revillout, *Gazette des hôpitaux*, 29 août 1874.

l'instrument, et, paraît-il, il n'éprouva aucune difficulté pour le faire. La tête était encore au détroit supérieur ; les premières tractions furent inefficaces, et, n'osant insister, le jeune opérateur crut devoir recourir aux lumières d'un accoucheur de profession. Avant de le faire appeler, il eut soin de retirer les branches du forceps.

« Cet accoucheur, homme très distingué à tous égards, et dont le nom ait autorité, arriva trois quarts d'heure plus tard environ. Il voulut, lui aussi, terminer l'accouchement par le moyen des fers ; mais quand il essaya d'introduire à son tour les branches de l'instrument, la chose lui fut impossible. Un peu au-dessous de l'utérus, le vagin était divisé en deux parties, pour ainsi dire, par une sorte de double bride, qui s'étendait de chaque côté d'avant en arrière, à peu près perpendiculairement à l'axe du corps.

« Quelle pouvait être la nature de cette bride ? L'accoucheur en renom jugea qu'elle devait être cicatricielle, et, malgré les affirmations réitérées du jeune interne, il se refusa à admettre que l'introduction du forceps eût été possible moins d'une heure plus tôt.

« Du moment où l'obstacle était considéré comme le résultat de cicatrices, la conduite était toute tracée : on ne devait pas espérer de le voir

céder de lui-même, car les tissus inodulaires ne se prêtent pas à une dilatation physiologique.

« Le mieux était donc de recourir à l'instrument tranchant sans plus tarder. On fait de chaque côté du vagin une incision parallèle à l'axe de ce canal et, par conséquent à peu près perpendiculairement à la base des deux replis en question. L'enfant fut retiré alors sans difficulté.

« Trois jours après, la femme mourut ; l'autopsie fut faite avec grand soin : j'y assistai. On trouva du pus dans les sinus de l'utérus, dans les veines du petit bassin : ce qui expliquait l'issue funeste. Mais quant à des brides cicatricielles ou autres, on n'en rencontra pas la moindre trace ; le vagin était sain et tout à fait normal ; autour des plaies, aucune saillie, aucun relief n'expliquait la nécessité dans laquelle on s'était trouvé de pratiquer de larges débridements de droite à gauche.

« On ne pouvait pourtant pas admettre que l'accoucheur se fût trompé, en croyant sentir un double obstacle, un double repli fortement tendu fermant en partie le vagin comme une cloison incomplète vers la moitié de sa hauteur. Avant d'y porter le bistouri, il l'avait fait toucher par l'interne qui, malgré son étonnement, avait dû se rendre à l'évidence.

« Mais maintenant, il était certain qu'il s'était

agi d'un phénomène momentané, dont le mécanisme de production semblait nécessiter l'hypothèse d'une contraction ayant siégé dans quelque faisceau musculaire.

« Cette contracture est due aux faisceaux moyens du muscle releveur de l'anus qui sont de puissants constricteurs du vagin. En se contractant, ils font l'effet de ces cordons passés dans les anciennes bourses et qui tirés de chaque côté les refermaient.

« Chez la femme, la contraction de ces faisceaux puissants doit étrangler la partie moyenne du vagin et c'est certainement là ce qui est survenu chez la malade dont j'ai plus haut raconté l'histoire ».

Quatre années plus tard dans une observation rapportée par *Benicke* (1), la contracture n'était point passagère, mais elle durait depuis longtemps ; les difficultés furent plus grandes encore : « La femme K.. âgée de vingt-cinq ans, assez forte, assure que depuis sa jeunesse elle a souffert d'une grande sensibilité des organes génitaux externes. Elle était mariée depuis plusieurs années ; les rapports sexuels, en raison des douleurs très vives qu'ils déterminaient, ne pouvaient être que très imparfaits ; dès les pre-

1. *Benicke, Zeitschrift f. Geburtshilfe und gynaeck*, 1878, p. 262.

mières approches de son mari, elle éprouvait un sentiment d'angoisse.

« Le mari raconte que, profitant de ce que un jour sa femme était profondément endormie, il put accomplir le coït. La conception s'ensuivit. La grossesse fut normale.

« Le 2 février au soir, apparurent les premières douleurs ; le liquide amniotique s'écoula dans la nuit du 2 au 3. Dans la journée du 3, le travail fit à peine quelques progrès ; on vint alors demander du secours à la polyclinique. Le praticien qui avait été envoyé arriva bientôt en disant que l'examen avait été presque impossible à cause d'une contraction persistante du vagin, que l'orifice utérin semblait complètement dilaté, que l'accouchement ne faisait aucun progrès, et que la parturiente était dans un grand état d'excitation. Lorsque j'arrivai près de cette dernière, je constatai que le vaginisme était en effet très prononcé. L'approche du doigt qui devait pratiquer le toucher suffisait pour déterminer un sentiment d'angoisse ; les genoux étaient alors rapprochés l'un de l'autre avec une force telle que le bras de la personne qui voulait faire l'examen se trouvait complètement emprionné. Il fallut toute la puissance de volonté de la patiente pour qu'elle pût écarter peu à peu les genoux. On finit, avec beaucoup de peine, par

constater que la dilatation de l'orifice utérin était presque complète et que la tête se trouvait profondément engagée dans le bassin.

« Le vagin se contractait fortement sur le doigt ; sa paroi postérieure, était surtout dure et tendue.

« Après avoir fait une injection de morphine, j'ordonnai de donner encore de l'opium pendant les heures suivantes, afin d'amener un peu de calme. La situation resta la même. Les contractions, bien que fortes, étaient complètement inefficaces, probablement à cause des douleurs considérables que déterminait la pression exercée par la tête ; celle-ci reposait sur le plancher du bassin, mais n'avancait pas. Les choses en étaient là lorsque je revis la patiente, à 3 heures du matin le 4 février.

« De l'orifice externe, il ne restait plus qu'un petit bourrelet fait sur la tête par la lèvre antérieure. La parturiente était épuisée, excitée à un haut degré ; le pouls était petit, fréquent. Il me parut indiqué de terminer l'accouchement ; je crus en outre, que, sous l'influence de la narcose chloroformique, la contracture, et par conséquent l'obstacle qui existait du côté des parties molles, disparaîtrait ; je me résolus à appliquer le forceps.

« La narcose chloroformique dut être très profonde ; sans cela les cuisses se rapprochaient

immédiatement, dès qu'on touchait les organes génitaux. Pendant l'introduction des cuillers, qui fut très facile, je fus frappé de l'état de tension des muscles du plancher pelvien et en particulier du releveur de l'anus.

« Le forceps était bien et solidement appliqué ; cependant, lorsque le bourrelet formé par la lèvre antérieure du col eut remonté au-dessus de la tête, je ne réussis pas, malgré des tractions puissantes et répétées, à dégager la tête. Elle resta immobile sur le plancher du bassin, l'occiput se trouvant sous la symphyse.

« Malgré le déploiement d'une force assez considérable, elle ne s'abaissa pas d'un centimètre, soit qu'on tirât directement en bas, soit qu'on élevât peu à peu les branches de l'instrument. Il me sembla alors qu'il ne restait plus autre chose à faire que la perforation, bien que l'enfant fût vivant. Le forceps ne me permettait pas d'arriver au but qui devait être atteint, et il n'y avait sans doute rien à attendre d'une expectation plus prolongée.

« Je fis la perforation avec le trépan, et j'appliquai le cranioclaste sur le front. L'extraction de la tête perforée fut encore très difficile ; elle sortit lentement en se dégageant suivant sa longueur, comme si elle avait passé à travers un bassin généralement rétréci. On rencontra de

semblables difficultés pour opérer le dégagement des épaules. Malgré de fortes tractions exercées sur la tête, elles ne s'abaissèrent pas ; l'introduction du doigt dans l'aisselle placée en arrière fut presque impossible à cause de la résistance des parties molles. On finit par réussir avec le crochet mousse à amener le bras droit au dehors, et, en exerçant sur lui des tractions, à compléter la sortie du fœtus.

« La délivrance fut faite par expression.

« A l'exception d'une déchirure superficielle du périnée de 2 centimètres de longueur, les parties molles étaient complètement intactes. Aussitôt après la délivrance, on lava la cavité utérine avec une solution phéniquée.

Les suites de couches furent presque normales. Le 3^e jour seulement, la température s'éleva jusqu'aux environs de 40° et il y eut quelques douleurs dans le côté droit. On fit de nouveau un lavage intra-utérin, on mit de la glace sur le ventre et la fièvre tomba.

« Dans notre cas, il est presque invraisemblable que, pendant la narcose chloroformique, la contracture musculaire ait encore persisté. Cela s'explique sans doute par ce fait que la contracture durant depuis de longues années a dû déterminer un état anormal de résistance et de rigidité du tissu musculaire ».

Vers cette époque, *M. le professeur Budin* eut l'occasion d'observer quelques femmes, chez lesquelles le muscle releveur de l'anus pouvait, sous l'influence de la volonté, se contracter d'une façon très marquée (1):

« La nommée Louise-Désirée B..., âgée de vingt ans, couturière, entre à la clinique d'accouchement de la Faculté, le 1^{er} octobre 1879. Cette jeune femme, enceinte pour la première fois, est parvenue au terme de sa grossesse. Le soir même de son arrivée, je la fis d'abord examiner par un de mes élèves, médecin étranger, qui, en voulant pratiquer le toucher, rencontra des difficultés telles qu'il crut, sans y réfléchir davantage, à un rétrécissement du détroit inférieur. Je l'examinai à mon tour; en introduisant mon doigt dans les organes génitaux, je trouvai, après avoir franchi l'orifice vaginal, qu'il existait une bande de tissu très résistant. Deux doigts, l'index et le médius, ne purent être introduits ensemble qu'avec peine; une fois qu'ils eurent pénétré, je priai la malade de serrer comme on le fait quand on a fini d'aller à la garde-robe. Je constatai alors une contraction énergique, les doigts étaient fortement appliqués contre le bord inférieur de la symphyse

1. Pierre Budin, *Le releveur de l'anus chez la femme*, Obstétrique et Gynécologie, mai 1881, p. 331.

pubienne, en même temps qu'ils étaient comprimés de toutes parts par un véritable cercle. Lorsque la malade cessait de se contracter, la pression disparaissait. On fit coucher la femme sur le côté gauche, on introduisit le doigt dans le vagin et on chercha avec l'extrémité de l'index à reconnaître la pointe du coccyx. On y arriva et on put, pendant la contraction, sentir tout le plancher périnéal qui se soulevait, en même temps que l'anneau du vagin se serrait considérablement. On put aussi, pendant la contraction, sentir à l'aide du doigt recourbé les fibres musculaires qui faisaient en haut des saillies longitudinales ; elles allaient en avant s'insérer derrière la symphyse pubienne, on les suivait sur les côtés jusqu'au niveau de l'arcade fibreuse qui croise le muscle obturateur interne, et on arrivait avec elles en arrière jusqu'au coccyx.

« Tous ces caractères, ainsi que la distance qui séparait de l'orifice vaginal l'anneau formé pendant la contraction, montraient bien qu'il s'agissait là du muscle releveur de l'anus. Telle fut également l'opinion de M. le docteur Charpentier qui remplaçait alors M. le professeur Depaul, et à qui nous avions fait constater ces diverses particularités.

« Sur une autre femme, nommée Gabrielle H...,

âgée de vingt ans, on retrouvait les mêmes phénomènes. Les premiers rapports sexuels avaient été chez elle assez difficiles et très douloureux. Devenue enceinte, elle avait quitté son pays et s'était rendue à Paris.

« Parvenue au terme de sa grossesse et ayant des douleurs, elle demanda à être reçue à l'hôpital Saint-Louis. On constata chez elle une présentation du sommet et on l'envoya chez une sage-femme. Comme, après trois jours de travail et malgré des contractions violentes, elle n'accouchait pas, la sage-femme la ramena à l'hôpital Saint-Louis où, après l'avoir endormie avec du chloroforme, on la délivra à l'aide du forceps Tarnier. Il y avait eu une déchirure de la fourchette, mais le périnée était intact et le muscle releveur de l'anus avait conservé sa puissance. En se contractant, il formait un anneau de deux centimètres environ au-dessus de l'orifice antérieur du vagin et on sentait en même temps le plancher pelvien se soulever.

« Il n'y a évidemment qu'un seul muscle, le releveur de l'anus, ajoute M. le professeur Budin, lorsqu'il est très développé chez certaines femmes, qui puisse, en se contractant sous l'influence de la volonté, soulever ainsi le plancher du bassin et former un véritable anneau autour du vagin à une certaine distance au-dessus de

son orifice. Le siège du constrictor cunni est différent ; ses fibres sont en général assez faibles et leur direction n'est pas la même. Du reste, la disposition des faisceaux musculaires qu'on sent se contracter sous le doigt rappelle bien la direction des fibres du muscle relevéur de l'anus et leur mode d'insertion aux parois du bassin ».

Ce rôle de constriction du vagin par le relevéur de l'anus avait été entrevu par quelques auteurs : *Marion Sims* parlant de la compression du gland par la cloison postérieure du vagin, compression traduisant les sensations éprouvées par la femme dit : « Mon explication de ce phénomène physiologique est la suivante : le col utérin est comprimé avec force contre le gland par une contraction du constricteur supérieur du vagin et je lui ai attribué une fonction, celle de comprimer avec force, à un certain moment, le gland contre le museau de tanche. Je n'ai fait aucune dissection pour montrer l'existence d'un tel muscle spécial ; mais il existe, et je suis certain que quelque anatomiste le décrira et le disséquera, car j'ai constaté des centaines de fois des preuves de sa présence » (1).

Faisant allusion à cette hypothèse de Sims,

1. Marion Sims, *Clinical notes on uterine Surgery*, 1866, p. 274.

de Sinety ajoute que le constricteur supérieur du vagin de Sims n'est certainement pas autre chose que le muscle releveur de l'anus, muscle qui peut se contracter sous l'influence de la volonté, mais que le plus souvent la femme contracte sans en avoir conscience pendant les rapports sexuels (1).

Recherches expérimentales.—Après ces constatations cliniques, il restait à préciser de quelle façon agissait le releveur de l'anus, les sensations perçues par le toucher ou le coït ne permettant pas de déterminer avec précision le niveau de la constriction ni la valeur exacte de la contraction musculaire.

Ces points furent établis par les recherches expérimentales de *M. le professeur Budin* et nous ne croyons pouvoir faire mieux que de retracer textuellement la description qu'il en donna (2) : « Nous avons fait fabriquer des cylindres en cire à modeler, longs de 12 centimètres environ, ayant un diamètre un peu moins considérable à une de leurs extrémités qui était arrondie, qu'à l'autre extrémité qui était plane et en formait pour ainsi dire la base.

1. de Sinety, *Manuel pratique de gynécologie*, p. 225.
2. Pierre Budin, *l. cit.*, p. 356 et *Progrès Médical*, août 1881.

Le diamètre moyen du corps de chaque cylindre était de 37 millimètres, la circonférence était de 11 centimètres et demi. Un fil de laiton plié en double, suivant toute la longueur du cylindre et sortant au niveau de sa base, offrait une prise solide pour l'introduire dans les organes génitaux et pour l'en extraire.

« Après avoir enduit le cylindre d'un corps gras, nous placions la femme sur le dos, comme quand on veut faire un examen avec un spéculum bivalve. Les muscles du périnée étant dans un relâchement complet, nous introduisions le cylindre dans le vagin, comme on introduit un spéculum plein, et, quand il était bien placé, nous demandions à la femme de se contracter aussi fortement que possible. La contraction déterminait une impression sur la cire : la femme mettant de nouveau ses muscles dans le relâchement, nous pouvions retirer le cylindre sans difficulté. Il existait alors sur la cire un cercle complet ».

M. le professeur Budin en conclut que la contraction avait agi principalement dans le sens antéro-postérieur, de sorte qu'en avant, le bord inférieur de la symphyse et le ligament triangulaire avaient surtout imprimé leur trace sur la cire à modeler. Sur les côtés et en arrière, le sillon était au contraire peu profond bien

qu'apparent : ce qui était dû, sans doute, à ce que les faisceaux musculaires formaient une bande assez large.

Ces expériences montrent bien que la paroi postérieure du vagin est, au moment de la contraction, entraînée d'arrière en avant, et rapprochée de la symphyse pubienne.

Il y a donc un véritable *anneau périvaginal*.

Chez un certain nombre de femmes, le releveur agit d'une façon différente. Au moment de la contraction, il ne se formait pas un cercle, un anneau limité autour du vagin, mais toute la paroi postérieure de ce canal était soulevée sur une grande hauteur et rapprochée de la paroi antérieure.

On obtient donc deux variétés de contractions, probablement dues au développement plus ou moins considérables des faisceaux du releveur : la formation d'un véritable anneau autour du vagin serait la conséquence du développement du *faisceau pubo coccygien* et, en particulier, de celui qui se croise entre le rectum et le vagin. Lorsqu'au contraire la paroi postérieure du vagin est tout entière portée en haut et en avant ce serait le *faisceau obturato coccygien* et le *muscle ischio coccygien* qui seraient exagérément développés.

Nous avons rapporté ces faits dans tous leurs

détails, parce que ce sont les observations de dystocie au détroit inférieur par la résistance du muscle releveur de l'anus qui marquent le point de départ de nos recherches.

Les expériences de M. le professeur Budin, précisant le siège des contractions dans le canal vaginal, et la description qu'il m'en a donnée nous ont fourni les éléments nécessaires pour l'étudier chez différents femmes et nous ont mis à même de prendre les observations qu'on lira plus loin.

De la contracture des releveurs pendant l'accouchement. — La contracture, momentanée ou permanente du releveur de l'anus, n'est pas toujours une cause de dystocie aussi grave que pourraient le donner à penser les faits qui précédent. La terminaison de l'accouchement n'est heureusement pas aussi tragique que dans les deux observations de Hildebrandt et Revillout.

Les observations, publiées par M. le professeur Budin, d'accouchements, dans lesquels l'expulsion était arrêtée au niveau du diaphragme pelvien et qui se sont heureusement terminés par une application de forcep, en sont la preuve.

Depuis, d'autres observations ont été prises et les complications de l'accouchement par la contracture du releveur de l'anus sont aujourd'hui classiques. Plusieurs cas observés à la clinique

Tarnier ont été rassemblés et publiés dans la thèse de M. le docteur Davet. En voici une qui nous paraît tout à fait caractéristique (1) :

« J. B. 36 ans, couturière, primipare, Grossesse à terme normale. Les douleurs commencent le 28 janvier à cinq heures du matin ; ce sont de petites douleurs qui se répètent tous les quarts d'heure. Elles deviennent plus fréquentes à dix heures du matin. A quatre heures du soir, la malade entre à la salle de travail.

« Les membranes sont rompues, la tête est fortement engagée, le fœtus étant en OIGA. Les bruits du cœur sont bons, la dilatation est de six centimètres. A partir de ce moment, les contractions utérines deviennent fréquentes. Le peu de progrès de la tête, l'âge de la parturiente font penser à une résistance des parties molles.

« M. le docteur Perret examine la femme à sept heures. Il trouve en effet un plancher périnéal très résistant, qui à chaque contraction semble se soulever et brider la tête ; il peut à peine passer le doigt entre la tête et les fibres musculaires qui, à la partie postérieure, semblent tendues comme une corde. En retirant le doigt, il constate que le liquide amniotique est teinté de méconium. Cependant les bruits du cœur fœtal

1. Davet, *De la dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus*, thèse Paris, 1900, p. 56.

sont bons. La période d'expulsion durant déjà depuis une heure, M. le docteur Perret se décide à intervenir.

« La femme est endormie au chloroforme ; elle est mise en position obstétricale. M. le docteur Perret fait une application de forceps en gauche antérieure. Les branches sont introduites sans trop de difficultés. Les fibres musculaires du releveur de l'anus résistent encore, mais ne donnent plus la même sensation éprouvée avant la narcose chloroformique.

« L'enfant est extrait rapidement sans lésion du périnée. Au moment où la tête sortait, M. le docteur Perret sentit qu'un obstacle était brusquement vaincu par la sensation très nette d'un ressaut ».

Ces faits suffisent à montrer l'importance du rôle joué par la rigidité et la résistance du releveur pendant le travail. Au dernier moment il transforme complètement le pronostic d'un accouchement, dont l'issue s'annonçait favorable, où tout marchait régulièrement et, quand vient la période d'expulsion, la tête se refuse à sortir, obligeant l'accoucheur à une intervention dont il ne connaît pas toujours toutes les complications ultérieures.

Obstacle apporté à l'expulsion par la dégéné-

rescence scléreuse du releveur anal. — Il n'y a d'ailleurs pas que la contracture musculaire elle-même, qui peut venir compliquer un accouchement. *Une dégénérescence scléreuse ou fibreuse du releveur anal*, due à un traumatisme, à la syphilis ou toute cause inconnue, peut amener des surprises, quand la présentation voudra franchir le diaphragme pelvien. Un examen attentif des parties met en garde l'opérateur contre ces sortes de complications. Cette observation publiée par *M. le professeur agrégé Démélin* (1) en est une preuve.

« Il s'agit d'une primipare âgée de 23 ans, entrée à la clinique de la rue d'Assas, le 24 février 1895. Age de la marche inconnu. Conformation du bassin normale. Dernières règles du 6 au 12 mai 1894. Vomissements pendant toute la durée de la grossesse. Apparition des premières douleurs, le 22 février à 8 heures du soir. La femme entre à la salle d'accouchement à midi, le 24 février 1895, avec une dilatation comme une pièce de un franc. L'enfant se présente en OIDP. La dilatation est complète à 6 heures 30 et à ce moment, se produit la rupture des membranes. La femme commence à pousser, et on

1. Démélin, *Dégénérescence scléreuse du releveur anal faisant obstacle à l'accouchement*, Revues et mémoires d'obstétrique, p. 519.

trouve sur la paroi postérieure du vagin un demi-anneau fibreux très résistant, tendu surtout pendant la contraction, partant de la face postérieure du corps du pubis. Cette sorte de bride donne d'abord la sensation du petit ligament sacro sciatique ; mais en pratiquant le toucher rectal, on sent une bride fibreuse, dure, inextensible, qui a le volume de la moitié du petit doigt ; on la sent d'abord sous la paroi postérieure du vagin, à peu de distance de la vulve. En suivant cette bride, on s'aperçoit qu'elle fait tout le tour du bassin, décrivant un grand arc de cercle à concavité antérieure ; en ayant, les deux extrémités de cette bride s'insèrent à la face postérieure du pubis de chaque côté ; latéralement et en arrière, elle est sous la muqueuse vaginale qui en est indépendante. Tout à fait en arrière, elle passe derrière l'anus, laissant libre la cloison recto-vaginale. Le toucher rectal permet en effet de reconnaître que la paroi antérieure de l'anus est normale et que la paroi postérieure, au contraire, est bridée par l'obstacle. Cette bride, qui avait complètement échappé à l'examen pendant la première partie de l'accouchement, ne se manifeste qu'à partir du moment où la tête appuie sur elle, essayant de franchir le cercle ainsi limité. Du reste, dans l'intervalle des contractions, la bride, bien que sensible au doigt, se

relache pour devenir, au contraire, entièrement tendue quand la tête est poussée sur elle. Ce n'est pas là un phénomène de contraction musculaire ; car, une fois le forceps appliqué, la résistance de la bride est portée au maximum, ainsi que sa tension, même dans l'intervalle des contractions, quand l'instrument tire sur la tête.

« L'application de l'instrument fut un peu gênée par la bride. La tête était en occipitoiliaque droite postérieure. Le forceps fut placé un peu obliquement. Deux ou trois tractions, faites d'une seule main, suffirent pour rompre la bride, rupture qui s'accompagna de petits craquements perçus par l'oreille. Ensuite, au toucher, on ne trouva plus l'obstacle à gauche, tandis qu'on le sentait encore à droite et en arrière. La rotation est faite, la tête se dégage en occipitopubienne. L'enfant naît vivant avec une légère paralysie faciale gauche. Après l'accouchement, on examine de nouveau et par le vagin et par le rectum. On a beaucoup de peine à retrouver trace de la bride ; on ne la sent plus qu'en arrière et à droite, où elle prend l'aspect du petit ligament sacrosciatique, mais celui-ci est réellement perçu au-dessus de la bride, et reconnu à ses insertions à l'épine sciatique et au sacrum.

« L'accouchement a été terminé à 3 heures 46,

le travail a duré 48 heures 45'. Le périnée était intact après l'accouchement.

« La délivrance fut naturelle. Le placenta pesait 490 grammes. La longueur du cordon était 60 centimètres. Un cotylédon était déchiré.

« L'enfant, un garçon de bon aspect général, pesait 2,620 grammes et mesurait 49 centimètres. Sa bosse séro-sanguine était à gauche.

« Les suites de couches furent normales. Par le toucher vaginal on sentait encore la bride, mais en la cherchant avec attention.

« Il s'agissait bien réellement, ajoute M. le professeur agrégé Démélin, d'une dégénérescence fibreuse du bord antéro-inférieur du releveur anal, dégénérescence probablement congénitale, car rien ne pouvait l'expliquer, ni syphilis, ni traumatisme antérieur, ni aucune autre cause.

TROISIÈME PARTIE

Lésions du muscle releveur de l'anus pendant l'accouchement

Si le développement exagéré des fibres musculaires du releveur de l'anus peut arrêter la progression du mobile fœtal pendant l'accouchement, il peut aussi être la cause de lésions de ce muscle, soit par suite des manœuvres exécutées par l'accoucheur pour terminer l'accouchement et extraire l'enfant vivant, soit par le traumatisme musculaire causé par les poussées successives, trop longtemps et surtout trop violemment exercées par la contraction utérine, surtout si les efforts désespérés de la parturiente, anxieuse d'être débarrassée du produit de la conception viennent s'y joindre, au moment où la présentation cherche à forcer le passage de la filière périnéo vulvaire.



L'organe musculaire peut être même complètement détruit par le traumatisme.

La première observation précise de ces sortes de faits nous a été fournie par M. le professeur Budin, à l'occasion d'une femme chez laquelle il existait une présentation définitive de l'extrémité pelvienne, mode des fesses, en position sacroiliaque droite antérieure (1).

« Les premières douleurs apparaissent, le 10 octobre à 3 heures du matin ; à 8 heures, les membranes se rompirent probablement, car il s'écoula du liquide amniotique, mais la rupture dut se faire au-dessus du col utérin. En effet, en introduisant le doigt dans le col, on arrivait sur les membranes qui bombaient encore pendant la contraction. Les douleurs continuèrent pendant toute la journée : le soir à 6 heures, l'effacement était complet et il y avait un commencement de dilatation ; on arrivait sur les organes génitaux mâles du fœtus. A 10 heures du soir, l'orifice utérin mesurait 4 centimètres de diamètre environ ; les contractions se succédaient, fréquentes et fortes ; le méconium commençait à s'écouler, les battements du cœur étaient réguliers. La sage-femme en chef de la clinique nous a fourni

1. Pierre Budin, *De la présentation de l'extrémité pelvienne définitive*, Progrès médical, 1881, p. 515 et *Obstétrique et Gynécologie*, p. 364.

les renseignements qui suivent et qui se rapportent à la fin de l'accouchement. A 11 heures du soir, la dilatation était complète. Vers une heure du matin, comme le siège ne sortait pas, on administra du seigle ergoté. A une heure 45', on peut enfin avoir un peu de prise sur le siège en partie dégagé ; on défléchit une jambe et on tira.

« Lorsque l'ombilic sortit, on constata qu'il n'y avait pas de battements du cordon ; comme, pendant les dernières heures, on n'avait pas ausculté, on ne put savoir à quel moment l'enfant avait succombé. Pendant l'extraction, les bras se relevèrent ; on eut toutes les peines du monde à les défléchir. Lorsqu'il ne resta plus que la tête, deux doigts d'une main furent mis dans la bouche, l'autre main fut placée à cheval sur le cou et des tractions très fortes furent exercées. L'extrémité céphalique restait emprisonnée dans l'excavation, retenue par un obstacle dont on ne s'expliquait nullement la nature. Cé ne fut qu'après vingt minutes d'efforts énergiques que la tête sortit tout d'un coup. Il y avait une déchirure de la fourchette, mais la peau du périnée était restée intacte.

« L'enfant ne pesait que 2.900 grammes.

« En pratiquant l'examen quelques jours plus tard, on ne trouva plus la moindre contraction

du muscle releveur de l'anus ; il s'était évidemment rompu, au moment de la sortie brusque de la tête. Lorsque la femme voulut quitter l'hôpital, le 23 octobre, M. le docteur Charpentier renouvela avec nous l'examen, sans pouvoir constater la contraction d'aucun faisceau musculaire. « Mais serrez donc, lui disait M. Charpentier ». — « J'ai beau faire des efforts, monsieur, lui répondit-elle, je sens que je ne puis plus ».

Cette observation est la suite de celle de la nommée Louise-Désirée B... dont il a été question à la page 36 de notre travail, chez laquelle la rigidité du releveur de l'anus avait pu être confondue par un explorateur malhabile avec un rétrécissement du bassin au détroit inférieur.

Ce sont des observations de ce genre qui permettaient à M. le professeur Budin de nous dire, au cours d'une leçon sur l'application du forceps au détroit inférieur (1) :

« Si le développement de ce muscle (releveur de l'anus) se trouve exagéré, les conditions favorables pour un prompt accouchement n'existent plus. La partie foetale devra s'insinuer et faire route à travers l'ouverture d'une paroi musculaire résistante, et plus la tonicité du releveur

1. P. Budin, *Leçons de clinique obstétricale* (Leçon faite le 19 mai 1888 à la Charité), p. 60.

sera grande, plus puissant sera l'obstacle opposé à l'action de l'utérus. L'accouchement sera retardé ; il pourra même être impossible.

« Le releveur de l'anus finit par céder et laisser passer la tête ; mais quelquefois, si on tire trop brusquement, le périnée se déchire en totalité ; il arrive même que le releveur se rompt, bien que la peau reste tout à fait intacte.

« Si le muscle, au lieu de résister passivement en vertu de sa seule tonicité, se contracture au-devant de la partie fœtale, la barrière qu'il forme devient presque infranchissable, et les efforts utérins, malgré leur énergie, se brisent fatallement contre cette sorte de vaginisme supérieur. La réalité d'un tel obstacle n'est plus à démontrer. Le fait est aujourd'hui admis par tout le monde, il est devenu classique. »

De la valeur physiologique du diaphragme pelvien au point de vue obstétrical. — Etant donné que le releveur de l'anus agit de façon différente d'une femme à l'autre, suivant sa tonicité et sa contractilité, que chez certaines femmes il traduit une puissance exagérée des faisceaux ischio-coccygiens et obturatococcygiens, alors que chez d'autres il existe une sangle, constituée par les faisceaux pubococcygiens resserrant l'orifice

d'entrée de la filière périnéo-vulvaire à la manière des cordons d'une bourse, suivant la comparaison de Revillout, nous avons cherché à établir s'il existe un rapport de fréquence entre ces deux formes de contractions et l'arrêt des parties fœtales à la sortie du petit bassin.

Dans quelle mesure le pronostic de la rapidité plus ou moins grande de la période d'expulsion est-il possible par l'examen du plancher pelvien ?

C'est un précepte, qui date d'Hippocrate, que les multipares accouchent plus rapidement que les primipares, en raison de la plus grande laxité de leurs parties molles. Encore est-il qu'il existe de grandes différences d'une multipare à une autre et il arrive de rencontrer des multipares n'accouchant pas plus rapidement que certaines primipares.

Pourquoi la résistance des parties molles au passage du fœtus est-elle plus efficace chez une femme que chez une autre, alors que les deux parturientes sont exactement dans les mêmes conditions de parité ?

Dans le but d'établir une relation de cause à effet, nous avons examiné systématiquement plusieurs séries de femmes venues accoucher à la clinique Tarnier, prenant indistinctement l'observation minutieuse de l'état du diaphragme

pelvien avant et après l'accouchement. Nous avons cependant retenu de préférence les observations prises chez des primipares, parce que ces dernières nous ont présenté des nuances plus précises dans la tonicité de leurs muscles distendus par le passage du fœtus à terme. Ayant une musculature puissante et ferme, elles nous ont permis d'établir une comparaison entre les incidents de leur période d'expulsion et ceux de multipares, dont le diaphragme pelvien était flasque et sans valeur contractile.

Nous avons recueilli ainsi cinquante observations de femmes enceintes venues consulter pendant leur grossesse et ayant séjourné, quelques jours avant d'accoucher, dans les dortoirs de femmes enceintes de la clinique.

Nous les avons examinées avec soin le jour de leur sortie de l'hôpital et avons noté les nuances que nous avons rencontrées dans l'examen de leurs releveurs et les lésions de leur vagin, autres que les déchirures superficielles de la muqueuse qui ont fait déjà l'objet de nombreux travaux.

Nous ne publions ici que les observations les plus typiques, c'est-à-dire celles qui nous ont paru marquer une différenciation indiscutable entre les sensations perçues avant et après le passage des parties fœtales. La première diffi-

culté qui se présenta fut en effet de trouver un terme de comparaison auquel tout le monde pût se rapporter. C'est pourquoi nous croyons indispensable d'indiquer ici la méthode et la technique que nous avons suivies, pour pratiquer l'examen des releveurs de l'anus et fixer leur valeur contractile.

Examen du releveur de l'anus chez une femme.

— Le rectum et la vessie préalablement évacués par le lavement et le cathétérisme, la femme est placée dans le décubitus dorsal, les épaules touchant le matelas, un petit oreiller sous la tête, le siège légèrement élevé sur les deux poings de la malade. Les jambes sont fléchies en rotation en dehors, de telle sorte que les genoux soient très écartés et les talons rapprochés presque en contact.

La femme étant ainsi placée, l'index, abondamment graissé et introduit dans l'orifice vulvaire, est dirigé immédiatement dans le fond du vagin guidé sur la paroi antérieure de ce conduit. Il faut inviter la patiente à faire de longues et profondes inspirations, de manière à favoriser le relâchement aussi complet que possible des muscles du petit bassin et donner ainsi du jeu au diaphragme pelvien. Il est bon quelquefois de questionner la malade pour détourner son atten-

tion pendant l'examen et éviter ainsi une contracture momentanée des releveurs de l'anus, causée par l'appréhension ou une sensibilité spéciale, qui gênerait les mouvements du doigt explorateur et l'empêcherait de parcourir librement le vagin.

Ces précautions étant prises, après avoir examiné les culs de sacs et le col utérin, on explore méthodiquement les parois du vagin, tandis qu'on retire le doigt en le tournant de manière à parcourir de haut en bas et d'arrière en avant chacune des parois latérales. Pour bien faire cet examen, on a avantage à se placer du côté de la paroi que l'on explore et toucher avec le doigt du même côté. Si la patiente est en état complet de relachement musculaire, on ne sent rien au premier abord de caractéristique lorsque tout est normal et que le releveur n'est pas exagérément développé; mais si l'on déprime la paroi de chaque côté du vagin avec la pulpe du doigt recourbé en crochet, on perçoit très nettement une sorte de sangle qui rétrécit le conduit à deux ou trois centimètres de l'orifice vulvaire. Cette sangle est constituée par les fibres pubo-coccygiennes du releveur coccypérinéal : au-dessus et au-dessous d'elle, la paroi vaginale est de moins en moins dépressible, à mesure qu'on s'en rapproche.

Cette première exploration permet de se rendre compte du tonus et de la consistance du diaphragme pelvien. Chez les primipares et chez les multipares qui ont conservé un bon diaphragme, les parois du vagin sont fermes, presque rigides, limitant assez étroitement l'espace que peut explorer le doigt à la partie inférieure de l'excavation. Il est, au contraire, surprenant de constater combien souvent l'index, introduit latéralement, s'enfonce profondément dans une sorte de poche atteignant quelquefois l'ischion.

Quelquefois, l'examen bidigital, avec l'index dans le vagin et le pouce à l'extérieur sous la peau de la grande lèvre, permet de se rendre compte très approximativement de l'épaisseur musculaire séparant les deux doigts. En tous cas, avec une certaine habitude, on peut établir une différence entre un muscle releveur épais et un autre mince.

Poursuivant l'examen de la sangle, en la suivant et la parcourant dans toute son étendue, on a la sensation d'un véritable anneau particulièrement sensible, si on invite la femme à pousser comme pour aller à la garde-robe, et à serrer ensuite comme si elle éprouvait le besoin de retenir des gaz. On peut alors sentir les faisceaux musculaires, qui tendent à comprimer l'index contre la symphyse, et le doigt en cro-

chet peut les suivre depuis leurs insertions sur la face postérieure des pubis jusqu'en arrière sur le coccyx.

Chez certaines femmes, on peut voir tout le périnée se soulever en même temps que l'anneau se contracte et, si le releveur se trouve très développé, on peut encore sentir l'anneau se contracter plusieurs fois, comme par l'action d'un réflexe, après que la patiente a cessé de serrer.

Souvent, la paroi postérieure du vagin est comme matelassée sur une hauteur d'environ trois centimètres par des fibres musculaires relativement puissantes, qui aplatissent le vagin d'arrière en avant et peuvent par leur contraction entraver le toucher. C'est la contracture exagérée de ces fibres qui a été décrite par divers auteurs sous le nom de vaginisme supérieur, et ce sont sans doute des femmes, dont la musculature du vagin était ainsi conformée, qui ont pu expulser violemment un spéculum, comme le fait a été rapporté par M. le professeur Budin (1).

Les fibres que l'on sent ainsi appartiennent

1. Pierre Budin, *Quelques remarques sur la contraction physiologique et pathologique du muscle releveur de l'anus chez la femme*. Progrès médical, août 1881, et Obst. et Gynécologie, p. 347.

aux faisceaux musculaires, que nous avons décrits sous le nom de portion externe ou superficielle du releveur anal. Dans l'intervalle des contractions, on peut suivre leur direction vers l'obturateur interne et l'ischion. On peut dans ces conditions parcourir la face supérieure de l'entonnoir musculaire du petit bassin et, si le rectum a été convenablement évacué auparavant, on peut avoir au bout du doigt la sensation donnée par la concavité du sacrum.

Pour terminer cet examen, on peut combiner le toucher vaginal avec le toucher rectal, on apprécie ainsi l'épaisseur et l'état de la cloison recto-vaginale, l'épaisseur du périnée postérieur au niveau du raphé anococcygien et la mobilité du coccyx sur le sacrum.

Pour faire cette dernière partie de l'examen, il est plus commode de placer la femme dans le décubitus latéral, c'est-à-dire dans la position la plus favorable à un examen de l'anus et du rectum.

Ayant procédé de cette façon, nous avons pu nous rendre un compte exact de la conformation et de la disposition de la portion molle du bassin, de ce bassin mou et actif, source parfois de difficultés considérables pendant la période d'expulsion du fœtus. C'est cette manière de procéder

qui a permis à M. le professeur Budin de dire, au cours d'une de ses leçons dans laquelle il était question d'un cas de dystocie périnéale (1) : « Je vous ai fait constater à plusieurs reprises, pendant la grossesse, le développement exagéré du releveur de l'anus et j'ajoutai que ce muscle pourrait bien nous jouer quelque mauvais tour au moment de l'accouchement. La prédiction s'est réalisée et après avoir longtemps attendu, malgré l'existence de contractions utérines assez puissantes, il a fallu recourir à une application de forceps pour triompher du périnée; là encore, la force déployée a dû être considérable ».

Conclusions à tirer de cet examen. — On comprend d'autant plus l'importance des constatations que l'on peut faire par cet examen, si l'on songe que le pôle foetal, arrivé en contact avec le diaphragme pelvien, devra distendre sa boutonnière musculaire, y creuser pour ainsi dire son orifice de sortie, en déprimant tout le fond du petit bassin formé par l'ensemble des parties molles, et décrire en même temps sa rotation, afin de s'accommoder au plus grand diamètre de l'orifice inférieur de l'excavation. Pendant la der-

1. Leçon de M. le Professeur Budin faite à la Charité le 19 mai 1888.

nière période du travail, la présentation devra donc augmenter la profondeur du bassin aux dépens des parties molles et, comme nous l'avons dit au début de ce travail, la forme du bassin n'est plus la même pendant le passage du foetus qu'à l'état statique; le coccyx rétropulsé ne constitue plus le fond du petit bassin lequel présente alors l'aspect d'une cavité cylindroïde. Il en résulte donc un bassin de nouvelle formation, bassin physiologique ou obstétrical, creusé aux dépens des parties molles; tant qu'il ne sera pas constitué, il ne pourra être question de l'expulsion du produit de la conception hors des parties maternelles. Une fois ce bassin définitivement établi, le pôle du foetus qui se présente sortira suivant une ligne presque perpendiculaire à la direction qu'il avait suivie, en arrivant jusqu'au fond de la cavité pelvienne.

Ajoutons que non seulement il nous a été permis de constater la puissance et la tonicité du releveur de l'anus, mais encore que nous avons cru, en explorant et déprimant, avec l'index recourbé, les parois du vagin, pouvoir figurer dans notre esprit quelques-uns des graphiques représentant la forme de l'excavation pelvienne publiés par *M. Boissard* (1) dans sa thèse inau-

1. Boissard, *De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical*, thèse Paris, 1884.

gurale. Aussi reproduisons ici son opinion (1) : « Ainsi à côté des types de bassins passifs ou osseux décrits jusqu'ici, il nous semble qu'il y aurait lieu également de créer des types de bassins actifs, envisagés au point de vue de la topographie du plancher périnéal. »

Observation n° 1.

N° d'accouchement, 206.

La nommée R..., 20 ans, giletière, primipare.

Entrée à la clinique Tarnier, le 24 janvier 1906.

Age de la marche, 1 an.

Dernière apparition des règles : 12-14 mai.

Bonne santé habituelle, femme robuste et bien musclée.

Au *palper abdominal*, on constate que l'utérus est développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2.

Les muscles de la paroi abdominale sont solides et opposent de la résistance au palper.

Présentation du sommet en position occipito iliaque gauche antérieure.

Battements du cœur fœtal entendus normaux à gauche.

Au *toucher vaginal*, la première impression est celle d'une femme nerveuse et difficile à toucher. Le premier mouvement d'appréhension vaincu, on arrive sur le col de l'utérus. Col de primipare dont l'orifice punctiforme est dirigé en arrière vers le cul-de-sac postérieur.

1. *Ib.*, chapitre III.

A deux centimètres et demi de l'orifice vulvaire, on perçoit une sorte d'anneau de contraction permettant à la patiente de serrer le doigt à volonté. On peut suivre cet anneau faisant tout le tour du vagin depuis l'arcade pubienne jusqu'au coccyx. L'introduction de deux doigts dans le vagin est très difficile et le toucher bidigital est presque impossible, tellement les doigts sont serrés par la tonicité naturelle du canal vaginal (à ce moment en effet la patiente ne faisait aucun effort et se prêtait parfaitement à l'examen).

Par le toucher rectal, on sentait une cloison recto-vaginale épaisse et solide.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Accouchement. — Le 18 février, à 4 heures du matin, la parturiente entre à la salle de travail.

La dilatation du col était de 1 centimètre.

La femme avait de bonnes douleurs, les bruits du cœur fœtal toujours normaux à gauche.

Dilatation complète, le 19 février à minuit ; rupture artificielle des membranes, liquide amniotique normal.

La femme est très difficile à examiner, elle se contracte et rapproche les cuisses, sitôt qu'on veut procéder au toucher ou même faire sa toilette vulvaire.

En pratiquant le toucher vaginal, on constate que la tête du fœtus repose sur le plancher pelvien à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire. L'index est enserré dans un anneau contracturé, presque rigide qui laisse difficilement pénétrer deux doigts.

La parturiente pousse vigoureusement.

Après une heure et demie d'efforts, pendant lesquels la tête fœtale se montrait à la vulve pour rentrer et dis-

paraître après la contraction utérine, on put apercevoir la rotation interne s'effectuer. A partir de cet instant, la tête cessa de rentrer et resta à la vulve à peu près au même point où la contraction l'avait laissée.

A 2 heures quarante, Mlle Robin, sage-femme de garde, constata que les battements du cœur foetal s'étaient subitement ralents. Craignant pour la vie de l'enfant et la parturiente paraissant épuisée par cette longue période d'expulsion, elle songea à l'opportunité d'une application de forceps. Tandis qu'on téléphonait au chef de clinique pour l'informer de ce qui se passait, elle pratiqua une légère expression utérine et brusquement l'extrémité céphalique sortit de la vulve en position occipito-pubienne.

La période d'expulsion avait duré 2 h. 50' exactement.

Le périnée était intact.

L'enfant était couvert de méconium et il en sortit abondamment après son extraction.

La délivrance naturelle et complète pesait 420 grammes.

L'enfant était une fille, en bon état, pesant 3.050 grammes et ne présentant rien d'anormal.

Les diamètres de la tête mesuraient :

OM = 14 BP = 9,2

OF = 11,8 BT = 7,5

SOB = 8,6 SOF = 10,7

Les suites de couches furent normales et, le 4 mars, la patiente quitta la clinique en hon état.

Examen à la sortie. — Il fut permis de constater qu'à peu de choses près le plancher pelvien était resté le même qu'avant le passage du fœtus. A part l'orifice vul-

vaire sensiblement élargi, la sangle du releveur que l'on sentait à deux centimètres et demi dans le vagin était intacte.

Observation n° 2.

N° d'accouchement, 1.577

La nommée H..., 21 ans, domestique, primipare.

Entrée à la clinique Tarnier, le 4 octobre 1905.

Habituellement en bonne santé, elle ignore l'âge où elle a marché seule.

Bassin normalement conformé.

Urine normale.

Dernière apparition des règles : 7 au 8 mars.

Sa grossesse s'est poursuivie normalement.

Au palper abdominal, on remarque le ventre gros dépassant en volume l'âge de la grossesse. La patiente en effet présente un léger degré d'*hydramnios* (par la percussion on perçoit une sensation de flot).

On trouve assez facilement néanmoins une présentation du sommet en position occipito iliaque droite postérieure engagée dans l'excavation.

Les *battements du cœur fœtal* sont entendus normalement à droite.

A l'inspection de la vulve, on trouve des végétations vulvaires, siégeant particulièrement à la face externe des petites lèvres et sur les grandes lèvres avec de l'*œdème périnéal* considérable.

Ni l'interrogatoire, ni l'examen minutieux de la patiente ne purent révéler la *syphilis*.

Cette femme est fortement musclée et de taille au-dessus de la moyenne.

AU TOUCHER, les parois du vagin sont fermes, malgré l'œdème des parties externes.

La sangle du releveur anal est facile à sentir de l'arcade pubienne au coccyx à 2 centimètres de la vulve.

Les mouvements que fait la femme pour serrer et retenir des matières fécales sont très bien perçus par l'index introduit dans le vagin.

En somme, c'est un releveur bien constitué mais qui ne présente pas de développement exagéré.

Accouchement. — Le 7 décembre, à 9 heures du matin, la parturiente entre à la salle de travail.

La dilatation du col est de 2 centimètres, les membranes sont intactes. Les battements du cœur fœtal sont normaux et perçus à droite.

A 11 heures du matin, rupture spontanée des membranes ; le liquide amniotique s'écoule normal et assez abondant.

Dilatation complète à 7 heures du soir.

La tête repose sur le plancher pelvien. Les contractions utérines sont vigoureuses et se succèdent régulièrement.

A 9 h. 30, du soir, Mlle Guyot constata que la tête bien fléchie avait tournée en OP et que, derrière l'orifice vulvaire qui était très étroit et dirigé tout à fait horizontalement, on pouvait sentir avec le doigt les bosses pariétales fortement enserrées par une large sangle tendue et rigide, quand la femme poussait, et que la partie fœtale appuyant sur le périnée distendait l'anus.

Par le palper extérieur du périnée postérieur, on sentait sous le doigt le coccyx serré contre la paroi osseuse du pôle céphalique du fœtus.

Après une heure d'efforts, la parturiente expulsa à 10 h. 30, du soir une fille vivante et en bon état pesant 2.950 grammes. L'enfant est né un peu étonné ; mais il respira facilement et se mit à crier peu d'instants après sa naissance.

Les diamètres de la tête étaient :

OM = 13,2	BP = 8,7
OF = 12	BT = 7,4
SOB = 9	SOF = 9,7

La délivrance naturelle et complète pesait 520 gr.

Le périnée était intact, présentant seulement une lésion très superficielle de la fourchette.

La sage-femme avait aidé la sortie de la tête par un peu d'expression utérine pendant les dernières douleurs, à cause de la longueur de la période d'expulsion qui avait duré trois heures et demie.

Les bruits du cœur fœtal lui avaient aussi paru assourdis.

Les suites de couches furent normales et la parturiente quitta la clinique le 26 décembre.

La sangle de son releveur était perçue dans le même état qu'avant l'accouchement. C'est tout au plus si le doigt était moins serré, quand on faisait contracter le muscle de la femme.

Observation n° 3

N° d'accouchement, 1.369

La nommée Louise O. ., 18 ans, primipare, porteuse de pain, femme petite et grêle.

Age de la marche, 14 mois.

Bonne santé habituelle.

Dernière apparition des règles : début de janvier.

Présentation du sommet en position occipitoiliaque gauche antérieure.

Entrée à la clinique Tarnier, le 28 octobre, pour accoucher. Admise à la salle de travail à 9 heures du matin.

La dilatation du col était de 6 centimètres.

Membranes intactes. Battements du cœur fœtal bien entendus à gauche.

Dilatation complète à 10 heures. Rupture spontanée de la poche des eaux. Le liquide amniotique est normal. La sangle du releveur anal est presque imperceptible. La tête fœtale, encore dans le périnée, est complètement cachée par les petites lèvres.

Expulsion à 10 h. 15', spontanée en OP, intempestive pour ainsi dire.

Périnée absolument intact.

Délivrance naturelle et complète pesant 530 grammes.

L'enfant est un garçon vivant pesant 3.550 grammes.

Les diamètres de sa tête mesurent :

OM = 14,5	BP = 9,6
OF = 12,6	BT = 8,2
SOB = 9,5	SOF = 10,8

Les suites de couches furent normales et la femme quitta la clinique, le 1^{er} décembre.

Par le toucher vaginal, le releveur de l'anus était difficile à trouver. C'est tout au plus si l'on avait la sensation d'une bride plutôt aponévrotique que musculaire en arrière des branches pubiennes à deux centimètres de l'orifice vulvaire.

Les mouvements, comme pour retenir une garde-robe, ne donnaient aucune impression sensible au toucher.

Observation n° 4

N° d'accouchement, 1.453

La nommée B..., 22 ans, primipare, cuisinière.

Entrée à la clinique Tarnier, le 4 novembre 1905.

Age de la marche, 1 an.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Bonne santé habituelle, femme bien musclée et de taille moyenne.

Au palper abdominal, on trouve un utérus développé comme dans une grossesse à terme.

Présentation du sommet en position occipito iliaque droite postérieure.

Battements du cœur. fœtal entendus normaux à droite.

AU TOUCHER VAGINAL, on trouve un col long avec un orifice punctiforme regardant vers le cul-de-sac postérieur.

Le releveur de l'anus est normal. La sangle est perçue à deux centimètres et demi de l'orifice vulvaire, elle est facile à déprimer.

La paroi postérieure du vagin est flasque et la cloison recto vaginale semble relativement peu épaisse par le toucher rectal combiné au toucher vaginal.

Deux doigts peuvent être facilement introduits dans le conduit vaginal et sont peu impressionnés par les mouvements de constriction du sphincter que l'on fait exécuter à la femme qui est une blonde très molle.

Leucorrhée abondante.

Le 8 novembre, à 7 heures du soir, eut lieu spontanément la rupture prématuée des membranes.

Le liquide amniotique était normal.

Entrée à la salle d'accouchement, le 10 novembre, à 4 heures du matin.

Dilatation du col : 1 centimètre.

La parturiente a de bonnes contractions.

Accouchement. — Dilatation complète à 11 h. 45' du matin.

La tête fœtale dans la partie moyenne de l'excavation appuie bien sur le plancher.

Mlle Robin constate cependant que la tête est mal fléchie ; on arrive en effet très difficilement par le toucher sur la fontanelle postérieure, tout à fait à droite et en arrière, dans le diamètre oblique gauche.

La parturiente pousse assez mollement ; les battements du cœur fœtal restent bons.

Terminaison de l'accouchement spontanément à 12 h. 45' en OP, la tête fœtale ayant accompli sa rotation dans la vulve, pour ainsi dire, pendant le dégagement.

L'enfant était une fille pesant 3.300 grammes, vivante. Les diamètres de sa tête mesuraient :

OM = 12,2	BP = 9
OF = 11,5	BT = 8,5
SOB = 9	SOF = 10

Le périnée était intact, présentant seulement quelques éraillures des petites lèvres et du clitoris.

La délivrance fut naturelle, pesant 640 grammes.

Les suites de couches furent normales et la parturiente quitta la clinique, le 27 novembre, en bon état.

La sangle de son releveur donnait la même sensation qu'avant l'accouchement, tout au plus se laissait-elle déprimer latéralement avec plus de facilité.

Observation n° 5

N° d'accouchement, 1.572

La nommée V..., 35 ans, primipare, journalière.

Entrée à la clinique Tarnier, le 18 novembre 1905.

Bonne santé habituelle, femme robuste.

Age de la marche, 1 an.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

Dernière apparition des règles ignorée.

Au palper abdominal, on constate que l'utérus est développé comme dans une grossesse à terme. La paroi abdominale est solide et résistante.

Présentation du sommet en position occipitoiliaque gauche antérieure.

Battements du cœur fœtal entendus normalement à gauche.

AU TOUCHER VAGINAL, on trouve un col long fermé dirigé en arrière. On sent l'orifice très loin au bout du doigt, le périnée étant difficile à déprimer.

A 3 centimètres de la vulve, on trouve la sangle du releveur que l'on peut suivre, depuis un travers de doigt de la symphyse pubienne jusqu'en arrière dans la direction de la colonne postérieure du vagin. Cette sangle forme le bord d'une sorte de plan incliné très ferme allant dans la direction de la concavité du sacrum.

Le périnée antérieur est long et ferme.

Accouchement. — Entrée à la salle de travail, le 6 décembre, à 7 h. 50' du soir.

Dilatation du col, 1 centimètre.

Les battements du cœur foetal sont normaux.

Dilatation complète, 7 décembre à minuit 5'.

Rupture des membranes spontanées. Liquide normal.

La tête est dans le diamètre oblique gauche à la partie moyenne de l'excavation.

La parturiente pousse vigoureusement.

A 2 h. 50' du matin, l'extrémité céphalique distend le périnée ; l'orifice de l'anus est largement ouvert, mais la tête ne progresse pas, la vulve est distendue par une grosse bosse séro-sanguine.

Au toucher, on sent les os du crâne sur la bordure de la bosse séro-sanguine, mais la tête est comme bridée dans un anneau et ne laisse pas passer l'index.

Étant donné la lenteur de la période d'expulsion, M. le docteur Guéniot décide de délivrer la femme à l'aide d'une application de forceps.

La parturiente étant dans la narcose chloroformique, les branches du forceps furent introduites assez facilement dans la filière vagino-périnéale et articulées obliquement.

M. le docteur Guéniot constata la difficulté qu'il éprouvait à introduire deux doigts dans l'orifice vaginal et fit même la réflexion qu'il lui serait impossible d'introduire une main guide, si telle avait été son intention.

A l'aide de tractions très douces, exercées sur le tracteur de l'instrument, la tête fut amenée lentement en OP contre le plancher périnéal. L'extration fut terminée à l'aide d'une seule branche du forceps (branche gauche)

et une légère expression utérine, la fourchette vulvaire ayant commencé à céder.

L'opération avait été menée très lentement, les battements du cœur foetal ayant sans cesse persisté normaux et bien frappés.

L'enfant était gros pesant 3.400 grammes, en bon état. Il portait une volumineuse bosse séro-sanguine occupant la région pariéto occipitale droite.

Les diamètres de la tête étaient les suivants :

OM = 13 BP = 8,6

OF = 11,5 BT = 7

SOB = 9,3 SOF = 10,7

Il y avait une lésion de la fourchette et de la peau du périnée étendue de 1 centimètre.

Au fond de la plaie, on apercevait les fibres musculaires intactes.

On posa 3 points de suture sur la déchirure.

La délivrance, fut naturelle et complète, pesant 430 grammes.

Les suites des couches furent normales et la femme sortit, le 25 décembre.

Les releveurs de l'anus paraissaient bien conservés tant au point de vue de leur tonicité que la contractilité.

Dans chacune de ces observations, la longueur de la période d'expulsion fut pour ainsi dire conforme à nos prévisions. C'est, en effet, notre pronostic sur la terminaison probable de l'accouchement qui nous a engagés à conserver une note

détaillée sur l'état des releveurs et du vagin de ces femmes. Les unes, ayant un releveur faible, ont expulsé rapidement et facilement leur fœtus en un temps variable d'un quart-d'heure à une heure (Voir les observations n° 3 et n° 4). Les autres, possédant un releveur puissant, furent délivrées seulement après deux heures et demie ou trois heures et demie d'efforts, justifiant parfois l'expression utérine ou l'application de forceps (Voir les observations 1, 2 et 5).

La différence des deux catégories est frappante.

Cette conclusion ne signifie pas que l'on peut toujours pronostiquer de la terminaison d'un accouchement d'après l'examen du diaphragme pelvien.

Il en est malheureusement tout autrement.

Indépendamment des causes pathologiques pouvant intervenir au moment de l'expulsion, les parties molles de l'excavation n'entrent pas seules en action.

Rôle de la tête fœtale dans la terminaison de l'accouchement. — Il faut tenir compte aussi du volume du fœtus, et en particulier du volume de son extrémité céphalique, de son degré d'ossification, de la dépressibilité plus ou moins

grande de la boîte crânienne ; comme il est d'usage de faire, lorsqu'on veut apprécier la possibilité d'un accouchement dans un bassin osseux rétréci.

Il est, en effet, bien évident que si les parties molles, dont l'ensemble constitue la filière vagino-périnéo-vulvaire se distendent sous la poussée utérine pour livrer passage à la présentation, au point de transformer la configuration intérieure de l'excavation, de son côté, la partie fœtale qui s'engage est dans la nécessité, pour creuser son chemin, de se mouler, pour ainsi dire, aux parois qui l'enserrent.

« Quand la tête (1), dit *Levret*, reste quelque temps sans sortir, après avoir passé le couronnement, elle se pétrit pour ainsi dire, afin de se mouler à la route qu'elle doit parcourir, en sorte que, de ronde qu'elle était, elle devient oblongue ». Et les recherches de *M. le professeur Budin* (2) ont établi que dans la présentation du sommet fléchi, dégagé en OP : « Il est excessivement rare que, dans ces cas, la tête n'ait pas subi de déformation ; il faudrait pour cela supposer, ou une tête très petite, ou bien un accouchement très rapide dans un bassin très large,

1. *Levret, L'art des accouchements*, p. 302.

2. *P. Budin, De la tête du fœtus au point de vue de l'Obstétrique*, thèse Paris, 1876, p. 23.

les parties molles elles-mêmes n'ayant opposé aucun obstacle à la sortie du fœtus. Et encore, ne pourrait-on certifier d'une façon absolue que la tête du fœtus n'a pas été modifiée pendant l'expulsion ».

Plus loin, parlant de la tête fœtale dans les présentations du siège, *M. le professeur Budin* dit ceci (1): « La tête est évidemment peu modifiée dans les présentations du siège : elle présente aussitôt après l'accouchement une jolie forme arrondie qui frappe par sa régularité. Il nous serait bien difficile jusqu'ici de dire en quoi cette tête diffère de la normale. Cependant, on peut la considérer absolument comme telle. » Etant donné que le bassin osseux d'une même femme est un facteur constant, c'est évidemment la compression par les parties molles qui modifie la forme de la tête fœtale, suivant que celle-ci a dû se creuser un chemin, ou que, sortie la dernière, elle n'a eu qu'à suivre le tronc et les épaules à travers un conduit déjà distendu.

La rigidité ou la souplesse de la présentation, ainsi que son volume, jouent donc un rôle considérable dans l'expulsion.

Nous n'insisterons pas sur la puissance et la fréquence de la contraction utérine, qui devra

1. P. Budin, *De la tête du fœtus au point de vue de l'Obstétrique*, thèse Paris, 1876, p. 25.

lutter avec la résistance du plancher pelvien, ni sur la solidité de la paroi abdominale. Il est bien évident que tous ces facteurs jouent un rôle considérable pendant la période d'expulsion.

Malgré ces restrictions, nous pouvons dire qu'en complétant l'examen d'une femme enceinte par une exploration du plancher pelvien et du releveur de l'anus, suivant que celui-ci est mince et souple ou au contraire épais et résistant, on peut apprécier l'obstacle que les parties molles opposeront probablement à l'expulsion.

On peut prévoir qu'une application de forceps sera peut-être nécessaire, à moins que la contraction utérine et l'effort maternel ne soient assez puissants pour terminer l'accouchement.

Conséquences de l'ampliation anormale du diaphragme pelvien pendant l'accouchement. — Une autre conclusion se dégage des observations précédentes. A côté de la longueur de la période d'expulsion par la résistance du releveur de l'anus, on peut aussi constater combien insignifiantes sont les lésions des parties maternelles au cours de ces accouchements. Nous pouvons même dire que ces lésions sont nulles, tellement elles sont superficielles quand elles existent.

Nous allons voir dans les chapitres qui vont suivre combien une expulsion trop rapide ou brusquée peut être préjudiciable aux organes maternels.

Nous laisserons de côté le fœtus, qui n'entre pas dans le but de nos recherches.

Le diaphragme pelvien, dans son mouvement d'ampliation, doit obéir à la loi physiologique qui régit la dilatation de tous les organes creux du corps humain : à savoir que toute cause, qui agit d'une façon lente et progressive pour distendre un conduit, arrive à produire, sans danger de rupture, une dilatation beaucoup plus considérable que celle qu'aurait pu déterminer la même cause, agissant d'une façon brutale et brusque.

La boutonnière pubococcigienne ne fait pas exception à cette règle.

Nous n'insisterons pas sur toutes les causes prédisposantes pouvant favoriser la déchirure ou l'arrachement musculaire du diaphragme pelvien. Nous ne nous occuperons que des causes d'ordre obstétrical, déterminées par l'action contractile de l'utérus secondée par celle des muscles abdominaux, ou celles dues à une intervention de l'art pour terminer hâtivement l'accouchement.

Il est certain que le diaphragme pelvien, en

s'opposant par sa tonicité et sa contractilité à la descente trop rapide du pôle foetal dans le conduit vaginal, donne le temps à ce dernier, ainsi qu'à tout le périnée, de se ramollir et de se prêter à la dilatation.

Le diaphragme pelvien venant à faillir à son rôle, il en résultera des lésions plus ou moins graves des parties maternelles et, en particulier, de la filière génitale dont l'élongation a été portée hors des limites physiologiques. Et nous pouvons dire ici que : « Le temps est un élément important. Les orifices formés par les tissus vivants peuvent se laisser dilater à un degré extraordinaire, lorsqu'on les distend lentement. Ils se déchirent au contraire, lorsqu'on veut agir rapidement. C'est là un fait d'observation vulgaire » (1).

Conséquences de l'ampliation anormalement rapide de la boutonnière pubococcigienne. — Les observations qui suivent vont nous faire connaître quelques-unes des conséquences de l'ampliation trop rapide ou brusquée de la boutonnière pubococcigienne.

1. P. Budin, *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*, thèse d'agrégation, Paris, 1878.

Observation n° 6

N° d'accouchement, 8

La nommée C..., infirmière, 18 ans, primipare.

Age de la marche, 1 an.

Entrée à la clinique Tarnier, le 28 décembre 1904.

Bonne santé habituelle.

Bassin normal.

Urine normale.

Dernière apparition des règles, 1^{er} juin.

La grossesse s'est poursuivie normalement.

Au palper abdominal, on trouve un utérus développé comme dans une grossesse à terme.

Présentation du sommet en position occipito iliaque gauche antérieure, bien engagée dans l'excavation.

Battements du cœur fœtal bien entendus normaux à gauche.

Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus long et fermé regardant en arrière dans le cul-de-sac postérieur.

Le corps périnéal est ferme et épais. La paroi postérieure du vagin est résistante et se soulève, pour ainsi dire, d'une seule pièce sur une longueur de 3 à 4 centimètres dans le vagin, quand on invite la patiente à pousser, serrant ainsi l'index contre la symphyse pubienne et rendant impossible l'exploration du vagin.

De chaque côté de la symphyse, on sent deux puissantes bandes musculaires contractiles descendant de la face postérieure du coccyx pour se perdre dans l'épaisseur du périnée postérieur.

La femme, vigoureusement constituée, possède une paroi abdominale musclée très solide.

Accouchement. — Admise à la salle de travail le 2 janvier à 11 heures du matin. Dilatation du col, 4 centimètres. Membranes intactes. Battements du cœur fœtal bons.

Dilatation complète à 2 h. 30' du soir. Rupture artificielle des membranes; le liquide amniotique s'écoule normal.

La parturiente a de bonnes douleurs régulièrement espacées et pousse vigoureusement.

Terminaison. — A 3 h. 35' du soir, les battements du cœur fœtal disparurent subitement. La tête fœtale entrouvrait à peine l'orifice vulvaire.

Devant l'urgence du danger que courait l'enfant, on fit de l'expression utérine énergique et on donna à la femme du chloroforme, tandis qu'on préparait le forceps.

A 3 h. 40', on vit la tête progresser subitement, décrire à la vulve sa rotation et, à 3 h. 50', grâce à l'expression utérine, elle était hors des voies génitales.

Mlle Robin, la sage-femme de garde, acheva rapidement la sortie par la manœuvre de Couder pour éviter une lésion des parties maternelles par le dégagement des épaules.

On put ainsi extraire un enfant vivant mais en état d'asphyxie bleue. Par des bains et des frictions à l'alcool, il fut ranimé et placé quelques heures en couveuse. Après la sortie de l'enfant, il s'écoula par la vulve une grande quantité de méconium.

L'enfant, un garçon, pesait 3.100 grammes ; sa longueur totale était de 51 centimètres.

La délivrance naturelle et complète pesait 500 gr.

Le cordon ombilical mesurait 65 centimètres et n'avait pas présenté de circulaires.

Le périnée était complètement intact.

La vulve présentait quelques érosions sur les petites lèvres surtout à gauche.

Les diamètres de la tête fœtale mesuraient :

OM = 13,7	BP = 9,2
OF = 11,9	BT = 6,9
SOB = 9,6	SOF = 10,6

Les suites de couches furent normales et la patiente sortit de la clinique, le 15 janvier, en bon état, nourrissant son enfant.

EXAMEN A SA SORTIE. — *Le jour de sa sortie*, les parois vaginales de cette femme donnaient une sensation bien différente qu'à son arrivée dans le service.

La paroi postérieure, le long de la colonne postérieure, présentait une consistance assez ferme ; mais cette consistance était loin de la rigidité que nous avions constatée trois semaines auparavant.

La paroi antérieure du vagin ne présentait aucune modification sensible au toucher.

Quant aux parois latérales, on pouvait constater une différence notable d'un côté à l'autre.

Tandis que le côté gauche était sensiblement le même que pendant la grossesse (la sangle du releveur pouvait se sentir un peu moins ferme cependant dans sa consistance), le côté droit au contraire présentait une différence notable. De ce côté, en effet, le vagin était absolument flasque et proéminent dans la cavité vaginale.

Le doigt, recourbé en crochet, pouvait pénétrer dans une sorte de puits. La sangle du releveur était absente et il nous aurait été impossible même d'en deviner la présence. Le toucher n'était point douloureux.

Devant cette constatation, nous avons pressenti la malade qu'elle aurait peut-être à souffrir de quelque trouble du côté de sa matrice et qu'en pareil cas nous lui saurions gré de nous donner de ses nouvelles.

EXAMEN TROIS MOIS APRÈS. — Au mois de mai de la même année, la malade nous écrivit qu'elle serait désireuse de nous consulter. Elle nous apprit qu'à sa sortie de l'asile de Fontenay, où elle séjourna quinze jours après sa sortie du service, elle fut traitée dans un service de chirurgie des hôpitaux pour un abcès du sein, consécutif à une galactophorite, qui fut incisé et la retint au lit pendant six semaines.

Sortie complètement guérie de cet hôpital, elle ne s'est jamais sentie aussi bien portante que pendant sa grossesse.

Elle se plaignait de pesanteur dans l'hypogastre et dans le périnée, ressentant comme des tiraillements dans les régions inguinales et de douleurs dans les reins qui la gênaient dans son travail.

Pas de leucorrhée.

Nous avons profité de l'occasion pour la toucher et nous avons fait exactement les mêmes constatations que le jour de sa sortie de la clinique Tarnier. Le toucher n'éveillait aucune douleur. L'utérus était un peu gros, mais normal cependant.

La paroi du vagin faisait hernie à droite.

Le col ne regardait pas dans le cul de sac postérieur

et l'index introduit dans le vagin arrivait immédiatement sur l'orifice externe.

En invitant la patiente à faire des mouvements et à pousser comme pour aller à la selle, on ne pouvait percevoir aucune contraction du releveur dans le vagin. Ce toucher nous a donné absolument l'impression d'un schéma de rupture unilatérale du releveur de l'anus figuré dans son traité par le docteur Kelly (1).

Observation n° 7

N° d'accouchement, 1.469

La nommée F..., 19 ans, primipare, fleuriste.

Entrée à la clinique Tarnier, le 2 novembre 1905.

Age de la marche ignoré. Bonne santé habituelle.

Bassin normal.

Urine normale.

Dernière apparition des règles, 7 au 12 février.

La grossesse s'est poursuivie normalement.

Au palper abdominal, on trouve un utérus développé comme dans une grossesse à terme.

Paroi abdominale bien musclée.

Présentation du siège en position sacro iliaque gauche antérieure.

On peut sentir les petites parties mobiles dans le flanc droit.

On en conclut à une présentation du siège décomplété mode des fesses.

Les battements du cœur foetal sont entendus nettement à gauche auprès de l'ombilic.

1. Kelly, *Operativ gynecol.*

AU TOUCHER VAGINAL, on sent la présentation fixée au haut de l'excavation pelvienne.

L'orifice du col regarde en avant.

La sangle du releveur de l'anus est nettement sentie à 2 centimètres de l'orifice vulvaire, formant un anneau dans lequel on introduit facilement deux doigts.

Accouchement. — A 5 h. 45 du matin, le 13 novembre, la femme est admise à la salle de travail.

La dilatation du col est de 4 centimètres.

Dilatation complète à 9 h. 30 ; rupture artificielle des membranes. Le liquide amniotique s'écoule normal. La parturiente a de bonnes douleurs et pousse vigoureusement.

Terminaison. — A 10 h. 30, du matin, le siège du fœtus était apparu à la vulve avec les organes génitaux externes, lorsque subitement les battements du cœur fœtal deviennent sourds et ralentis.

L'extraction du trone et de la tête du fœtus fut provoquée rapidement sans trop de difficulté, mais au prix d'une déchirure complète du périnée.

Le sphincter externe était lésé du côté du raphé anovulvaire, mais l'anus n'était pas intéressé.

La périnéorraphie immédiate fut opérée par M. le docteur Guéniot.

La délivrance naturelle et complète pesait 470 grammes.

L'enfant était une fille en bon état et vivante et pesait 3.150 grammes. Les diamètres de sa tête mesuraient :

OM = 12,5 BP = 8,9

OF = 10,5 BI = 7,4

SOB = 9,8 SOF = 10,1

Les suites de couches furent normales et la femme sortit de la clinique, le 15^e jour, en bon état.

A l'inspection, le périnée avait bien repris, à tel point que la ligne cicatricielle seule décelait l'intervention.

Au toucher, on sentait encore les contractions des releveurs en faisant pousser la malade. La sangle était plus dépressible sur les parois latérales qu'avant l'accouchement, mais paraissait intacte.

Ces deux observations montrent bien quelques-uns des inconvénients que peut présenter pour les parties maternelles une expulsion trop rapide ou du moins plus rapide que ne l'aurait voulu la nature des tissus. L'intervention, commandée par les circonstances (la souffrance du fœtus dont la vie était menacée) n'a pas été sans causer quelque préjudice à la mère. Chez l'une, l'expression utérine, méthode enseignée et courante dans la pratique obstétricale, a causé des lésions profondes du diaphragme pelvien, dont l'importance ne peut à l'heure présente être encore établie.

Chez l'autre, il est résulté de l'extraction rapide d'une tête dernière, une lésion du plancher périnéal, heureusement réparée, mais dont les suites auraient pu être très fâcheuses dans d'autres circonstances.

Dans ces deux cas, nous avons bien pu présumer d'une lésion du diaphragme pelvien, mais

étant donné la difficulté d'accès de ces lésions, nous étions dans l'impossibilité absolue d'en préciser le siège et l'importance.

Les opérations plus ou moins tardives, pratiquées par les chirurgiens pour réparer les désordres causés par le mauvais fonctionnement du diaphragme pelvien, n'apportent pas de renseignements sur les altérations subies par les tissus maternels pendant la période d'expulsion. Généralement, les femmes ainsi opérées ont mené à terme plusieurs grossesses, ont eu une ou plusieurs couches et parfois sont atteintes de métrite. Il est matériellement impossible, dans ces conditions, d'apprécier utilement les conséquences du traumatisme obstétrical. Il faut les étudier sur les parties molles d'une femme qui vient d'accoucher, de même que les déformations de la tête fœtal, pendant l'accouchement, ne peuvent être observées qu'immédiatement après sa sortie des voies génitales.

A mois d'octobre 1905, l'occasion nous fut donnée d'autopsier une femme décédée peu d'instants après l'extraction d'un fœtus à terme. Nous en avons profité pour rechercher dans quel état était resté son diaphragme pelvien.

Observation n° 8

N° d'accouchement, 1.284

La nommée F..., 30 ans, IIIpare, sans profession, fut amenée à la clinique Tarnier, le 4 octobre, à 9 h. 30, du matin, étant en travail depuis vingt-quatre heures et ayant eu chez elle des hémorragies profuses et continues.

Un médecin, appelé pendant la nuit à lui donner ses soins, avait fait un tamponnement du vagin, et vu son état général très grave l'avait adressée à la clinique.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — A son arrivée, la parturiente était exsangue et son pouls faible presque incomptable.

Le fœtus, qui se présentait par le sommet, mobile en position occipito iliaque droite, avait succombé pendant le travail.

La dilatation du col était d'environ 5 centimètres.

INTERVENTION. — La malade étant nettoyée et réchauffée, M. le professeur agrégé Demelin intervient sans narcose chloroformique, eu égard à l'état de faiblesse extrême de la patiente. Il pratiqua ainsi la rupture artificielle des membranes et la dilatation manuelle du col. Il put réussir à faire la version podalique et amena les deux pieds de l'enfant à la vulve.

La parturiente, qui présentait une insertion centrale du placenta sur le col, perdit peu de sang pendant la durée de cette intervention.

L'extraction du fœtus put être faite avec quelque difficulté cependant, le col utérin et le périnée étant rétractés successivement sur la tête dernière, par la manœuvre de Mauriceau aidée d'expression utérine.

Le placenta fut extrait immédiatement par expression ; il était déchiré et en lambeaux.

La malade a à peine perdu de sang pendant cette intervention qui a duré une heure environ.

On lui fit une injection intra-utérine suivie d'un tamponnement de l'utérus et du vagin.

Un quart d'heure après, la malade exsangue avait succombé.

Le fœtus mort pesait 3.260 grammes.

AUTOSIE. — Elle fut faite le surlendemain par M. le docteur Cathala et montra :

Cœur pesant 255 grammes, normal.

Poumons. Droit : quelques petites adhérences pleurales au niveau du bord postérieur : poids, 415 grammes. Gauche : adhérences pleurales de la face externe, quelques granulations tuberculeuses du sommet : un tubercule caséifié, poids, 490 grammes.

Foie, graisseux, pesant 1.620 grammes.

Rate, molle, diffluente, se déchirant facilement pesant 130 grammes.

Reins. Droit, normal : poids, 145 grammes. Gauche : normal : poids, 120 grammes.

Utérus, pesant 1.160 grammes avec ses annexes. Le segment inférieur n'est pas revenu sur lui-même. On voit l'insertion du placenta entièrement sur le segment inférieur, remontant surtout à droite, mais n'atteignant pas le corps utérin.

Sur le col. Du côté gauche, à peu près sur la ligne de l'éminence iliopectinée existe une éraillure peu profonde.

Examen du périnée :

1^o Inspection extérieure. — Le périnée présente une

déchirure superficielle et incomplète, intéressant la fourchette vulvaire et la peau jusqu'à un centimètre de l'orifice anal; lequel est punctiforme.

La muqueuse du vagin et les tissus au niveau de la déchirure apparaissent ecchymosés et injectés de sang.

A l'inspection de la plaie, les muscles transverses superficiels du périnée paraissent intacts.

2^o Aspect intérieur. — Vu par l'excavation, l'orifice du plancher pelvien est circulaire et mesure 4 centimètres et demi de diamètre.

A l'intérieur du bassin, l'aponévrose présente quelques *ecchymoses disposées en chapelet*, dont la plus large présente à peu près 2 centimètres de diamètre et correspond au niveau de la lésion trouvée sur le col.

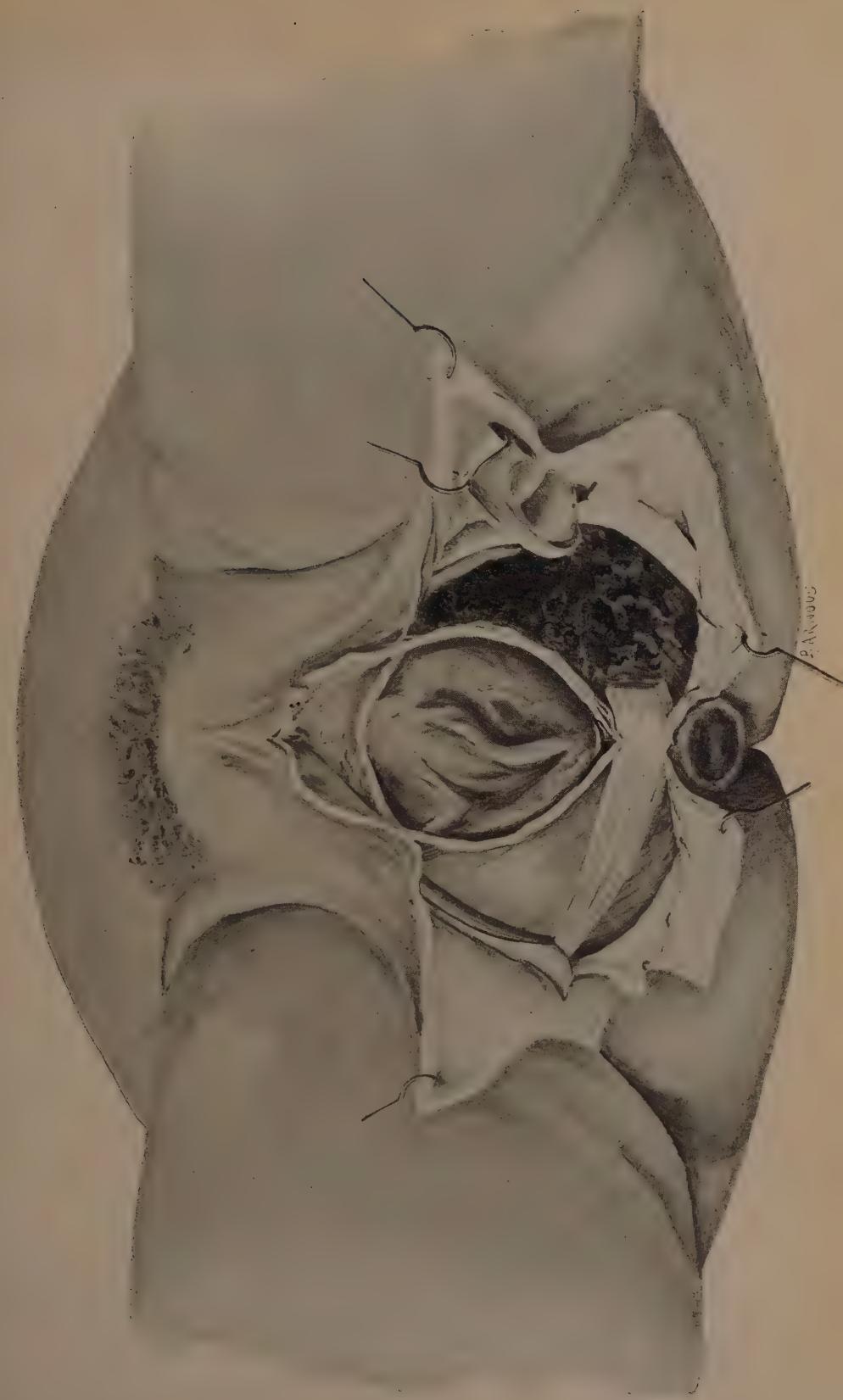
L'inspection terminée, la tête de l'enfant fut placée dans l'excavation en OIDP et on essaya de reproduire l'ampliation du diaphragme pelvien.

La tête du foetus, préalablement enduite de vaseline, fut fortement appuyée contre le plancher pelvien et, après un quart d'heure d'efforts répétés, elle décrivit sa rotation et apparut à l'orifice vulvaire en position occipito pubienne.

3^o Dissection: — Il fut alors procédé à la dissection méthodique du périnée et du plancher de l'excavation.

Les deux transverses et les autres muscles superficiels du périnée furent retrouvés intacts.

L'aponévrose pelvienne et le *releveur coccypérinéal du côté droit* ne nous présentèrent rien de particulier, ils coiffaient la tête fœtale. Le muscle paraissait assez mince. Il n'en fut pas de même *du côté gauche*. De ce côté, en effet, nous avons découvert un *vaste épanchement sanguin dans la gaine même du releveur*. Cette collection



sanguine s'arrêtait en bas à un centimètre au-dessus du niveau des transverses ; son diamètre mesurait 5 centimètres dans sa plus grande dimension. Tout le muscle était infiltré en cet endroit et, malgré nos recherches minutieuses aidées d'un nettoyage de la région avec de l'éther, il nous fut impossible de reconnaître les faisceaux musculaires du releveur.

Le résultat de notre dissection se trouve représenté sur la planche n° I et nous tenons à remercier ici particulièrement *M. Arnous*, étudiant en médecine, qui a bien voulu nous prêter son concours pour publier nos recherches.

Cette lésion, se trouvant précisément du même côté où siégeait la lésion du col et les ecchymoses du vagin, auxquelles nous avons fait allusion au début de cette observation d'autopsie, nous avons songé à examiner plus complètement les tissus sur la face postérieure du pubis.

La vessie ayant été écartée, nous avons disséqué la paroi du vagin, ainsi que les tissus recouvrant le pubis, et nous avons découvert toute une série de points hémorragiques de dimension variable au milieu de fibres musculaires que nous avons pensé appartenir au pubococcygien, étant donné leur situation. Quoi qu'il en soit, il y avait là toute une série d'ecchymoses, dont la principale siégeait un peu au-dessous de la ligne innommée, à trois centimètres de la symphyse pubienne.

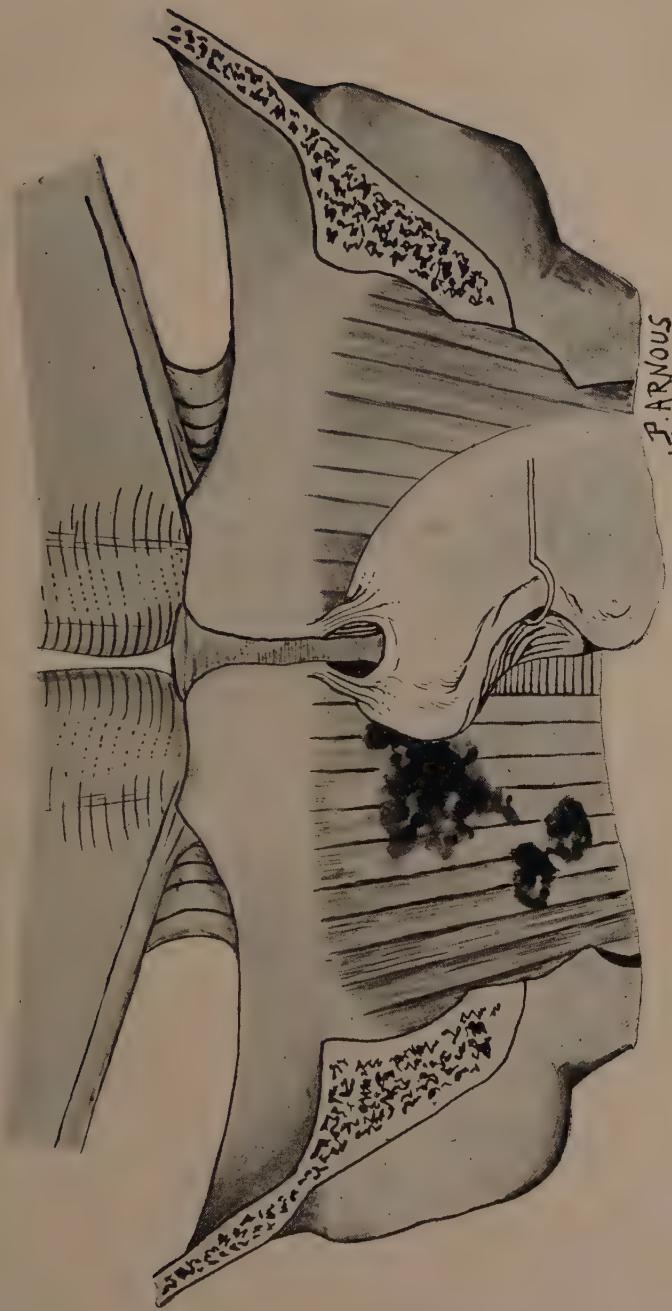
La lésion du col, cette suite d'ecchymoses et la grosse collection sanguine nous ont semblé représenter le tracé de la ligne suivie par la bosse frontale pendant l'extraction de la tête dernière.

La disposition des ecchymoses intrapelviennes se trouve schématisée sur la planche n° II.

Après avoir franchi le bord inférieur de la ceinture osseuse, les faisceaux musculaires que nous avons pu suivre en arrière du pubis, disparaissaient peu à peu dans l'épaisseur de l'hématome. Il nous a bien semblé que l'épanchement sanguin était consécutif à la dissociation et la rupture des fibres musculaires par le volume fœtal, témoignant ainsi d'un traumatisme musculaire considérable.

Lésions superficielles de la filière génitale consécutives à brièveté de l'expulsion. — A côté de ces lésions profondes des parties maternelles, consécutives à l'extraction rapide de la tête nous avons pu en observer d'autres superficielles, coïncidant avec la brièveté de la période d'expulsion.

Parmi celles-ci, deux cas de thrombus occupant la paroi postéro-latérale du vagin nous ont paru particulièrement intéressants et nous avons cru bien faire de les rapporter. L'un a été observé dans notre service à la clinique Tarnier, l'autre est une observation personnelle dont nous devons la communication à notre collègue et ami le docteur Buron.



Observation n° 9. — (Due à M. le docteur Buron).

Madame J... 26 ans, secondipare, nous fait venir pour son accouchement, le 17 avril, à minuit.

Ses antécédents sont bons. Sa grossesse antérieure a été normale : elle est accouchée d'un enfant débile, venu avant terme à 7 mois, en 1899.

C'est une femme de petite taille, très nerveuse, moyennement musclée.

Son bassin est normalement conformé.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Sa grossesse actuelle s'est poursuivie normalement.

Ses urines sont normales.

Dernière apparition des règles du 6 au 10 juillet.

Accouchement. — A minuit, le 17 avril, la dilatation du col est de un centimètre.

Les douleurs ne sont pas très vives.

La tête est bien engagée en OIGA.

Le travail marche normalement durant la nuit ; à 3 heures du matin, les douleurs se rapprochent. Nous réexamions la femme qui poussait, malgré notre avis, et nous constatons une dilatation du col de 3 centimètres, la tête appuyant fortement sur l'orifice, tout à fait contre le plancher pelvien.

Terminaison. — A 7 h. 1/4 du matin, la dilatation est complète. La malade pousse très vigoureusement et expulse en trois douleurs une fille vivante, bien constituée, pesant 3.500 grammes.

Notons que la patiente avait passé la nuit debout et à se promener, se refusant à se reposer comme on l'y sollicitait.

Délivrance naturelle et complète à 8 heures du matin. Le placenta normal pèse 510 grammes.

Les urines sont normales.

Le périnée et les organes génitaux externes sont intacts.

A ce moment, la femme se trouvait en très bon état et ne souffrait en aucune façon.

Deux heures après, à 10 heures du matin, on vient m'avertir que la malade « souffre beaucoup du ventre », ces douleurs l'ayant prise vers 9 heures. Pensant à des tranchées utérines, je fais dire à la garde de lui donner un gramme d'antipyrine et de bien surveiller si la malade ne perd pas.

A onze heures, on me téléphone de venir d'urgence, la malade continuant à souffrir. Je trouve alors la malade poussant des cris avec autant de force qu'au moment de l'expulsion et me déclarant qu'elle souffre du ventre et surtout des reins avec une envie irrésistible de pousser, localisée surtout à l'anus et lui donnant de fausses envies d'aller à la selle.

Je lui fis pour la calmer une injection de morphine. La journée se passa bien ; la malade n'eut pas de température anormale, 37°8 : pouls, 94.

La nuit fut pénible ; la malade continua à souffrir avec des irradiations assez vives dans toute la cuisse droite.

Autrement, les suites de couches ont été normales, en ce sens que la malade n'a pas eu de température ni d'escharre vulvaire. Elle a pris une injection vaginale, matin et soir, que lui donnait la garde.

Le treizième jour, la malade se lève.

Le vingtième jour, la garde s'en va.

Huit jours plus tard, me trouvant à rencontrer la

malade, elle me dit se trouver bien, mais se plaint de l'impossibilité de prendre ses injections : « Je suis tellement retrécie, dit-elle, que je ne puis entrer ma canule ». Je pris donc rendez-vous avec elle pour le lendemain, afin de l'examiner. Dans l'intervalle, j'eus l'occasion de m'entretenir de son cas avec M. le professeur agrégé Démélin, lequel attira mon attention sur la possibilité de l'existence d'un thrombus causant des douleurs similaires. Cet avis, joint au fait que ma malade ne pouvait introduire sa canule, me donna à penser qu'il pouvait exister chez elle un thrombus et le lendemain je la touchai.

A l'inspection, la vulve était normale.

Au toucher vaginal, je trouvai sur la paroi droite du vagin une tumeur à peu près du diamètre d'une petite paume de main, molle, pseudo-fluctuante, à surface lisse, siégeant sous la muqueuse vaginale environ à 3 centimètres de l'orifice vulvaire. La pression était douloureuse, faisant sourdre un peu de sang. N'atteignant pas l'orifice, je ne voulus pas insister dans cet examen.

L'interrogatoire de la malade m'apprit alors que les lochies avaient été très rouges et mélangées de petits caillots. J'appris également que, le soir de son accouchement, la malade avait eu des tendances à la syncope, détail que la garde avait négligé de me communiquer.

Depuis, la malade a parfaitement guéri et rien ne l'empêche de vaquer à toutes ses occupations.

Observation n° 10

N° d'accouchement, 664

La nommée J..., 28 ans, IVpare, couturière.

Entrée à la clinique, le 1^{er} juin 1906.

D'une bonne santé habituelle, a marché à 15 mois.

Conformation du bassin normale.

Urine normale.

1^{re} grossesse. — A 22 ans, grossesse normale, accouchée spontanément à terme à la clinique Tarnier d'un enfant vivant, pesant 3.200 grammes.

2^e grossesse. — A 24 ans, grossesse normale, accouchement spontané à terme d'un enfant vivant, pesant 3.000 grammes.

3^e grossesse. — Accouchée chez elle seule, la sage-femme étant absente ; enfant vivant, pesant 3 200 gr.

Grossesse actuelle. — Dernière apparition des règles, 25 au 26 août. Elle nourrissait encore son enfant. Cette grossesse fut pénible, la malade ayant eu une attente de rhumatisme articulaire aigu.

A son entrée à la clinique, la grossesse est à terme.

Présentation du sommet en position occipito iliaque gauche antérieure.

Accouchement. — Entrée à la salle de travail, le 1^{er} juin, à 10 h. du soir.

Dilatation du col : 3 centimètres.

A 11 heures, rupture spontanée des membranes.

Le liquide amniotique s'écoule normal.

Dilatation complète à 6 h. 15'.

Terminaison. — A 6 h. 25' du matin, la parturiente expulsa son fœtus brusquement, sans éprouver presque une douleur.

L'enfant bien conformé pesait 3.730 grammes.

Les diamètres de sa tête mesuraient :

OM = 13 : BP = 9,5

OF = 11,5 : BT = 7,5

SOB = 10 : SOF = 10,5

Délivrance naturelle et complète, pesant 850 grammes.
Périnée intact.

A sept heures du matin, quelques instants après la sortie de la délivrance, la malade commença à souffrir de douleurs qu'elle comparait « au picottement d'une multitude d'aiguilles pénétrant la matrice », douleurs accompagnées d'envies d'aller à la selle (plusieurs fois elle demanda le bassin sans résultat).

A 2 heures du soir, la malade se plaignait, poussant des cris, disant sentir quelque chose qui poussait et qu'elle allait se trouver mal. A ce moment, il se produisit un écoulement de sang par l'orifice vulvaire rouge et mélangé de petits caillots.

La malade se sentit alors soulagée, mais ce soulagement momentané fut suivi d'une syncope. On crut à une hémorragie et, la perte de sang ayant cessé, on ne s'en inquiéta plus.

Les jours suivants, la malade se plaignit de douleurs rectales et abdominales, d'envies fréquentes et désagréables d'aller à la selle. Supposant qu'elle souffrait d'hémorroïdes compliquées de quelques tranchées, on lui fit prendre de l'antipyrine pour la calmer.

Le 7 juin, il se produisit une légère ascension de température, 38° ; pouls, 126.

On apprit alors que ses lochies étaient très colorées et continuaient toujours à s'écouler plus abondantes qu'au lendemain de la délivrance.

M. le docteur Démélin, en l'examinant, découvrit chez cette femme un thrombus du vagin.

Au toucher vaginal, en effet, on pouvait sentir une tumeur oblongue et renitente, épaisse de deux centimètres, occupant la région postéro-latérale droite du

canal vaginal. La largeur de cette tumeur était d'environ 4 centimètres, son extrémité inférieure était située environ à 3 centimètres de l'entrée du vagin. L'extrémité supérieure remontait jusqu'au col utérin et pouvait encore se sentir dans le cul de sac latéral droit.

Près de l'extrémité inférieure de cette tumeur, on pouvait sentir un orifice de la dimension d'un petit pois, d'où s'écoulait le sang et les caillots.

Il s'agissait donc d'un thrombus, occupant toute la hauteur du vagin à partir de 3 centimètres de son orifice, dans la cloison recto-vaginale à droite de la colonne postérieure.

La malade est sortie, le 27 juin, de la clinique en bon état.

Examen. — AU TOUCHER VAGINAL, on sent sur la face postéro-latérale droite du vagin une élévation aplatie, dans sa plus grande dimension du diamètre d'une pièce de cinq francs. Cette élévation commence à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire, pour remonter dans la paroi du vagin jusqu'au niveau de l'orifice externe du col utérin, voilant complètement l'épine sciatique. Ce magma rénifère sous-muqueux est relié à la face postérieure du corps du pubis par une bride antéro-postérieure, tranchante, qui paraît bien correspondre au bord antérieur du releveur anal correspondant.

On sent cette bride se tendre sous le doigt comme une corde pendant les contractions des releveurs.

Ce thrombus paraît donc bien coïncider avec une rupture du releveur de l'anus.

Ces deux observations constituent deux tableaux cliniques identiques : une présentation

de sommet à terme; une expulsion brusque et rapide, chez des multipares, dont la brutalité a été suffisante pour déterminer un thrombus du vagin.

La lésion du releveur n'était peut-être pas identique dans ces deux cas; mais la similitude des accouchements, caractérisés par une période d'expulsion rapide suivie des mêmes symptômes (état syncopal, douleur, envie irrésistible de pousser et d'aller à la selle, etc.), la tumeur sanguine superficielle, ayant envahi la cavité du vagin facilement diagnostiquée et délimitée par le toucher vaginal, nous ont engagés à les placer côté à côté.

Dans notre observation n° 8, l'épanchement sanguin avait infiltré les fibres musculaires traumatisées, en respectant l'aponévrose, et sa présence ne pût être constatée que par une préparation anatomique de cette région.

La lecture de nos observations permet de remarquer en outre la coïncidence du siège des lésions des parties molles maternelles du côté opposé à la position de la présentation fœtale.

La bosse frontale semble jouer là le rôle d'un promontoire ou d'une sorte d'éperon qui traumatisé volontiers les parties molles, quand celles-ci ne se laissent pas distendre suffisamment.

Recherche expérimentale

Nos constatations cliniques nous ont inspiré la curiosité de faire une recherche anatomique sur un cadavre de femme multipare. Nous avons voulu ainsi reconnaître comment se présente un muscle releveur de l'anus absolument normal, lorsqu'il est sollicité à se distendre.

M. le professeur agrégé **Quénou** a bien voulu mettre son laboratoire à notre disposition et nous sommes heureux de lui exprimer notre vive reconnaissance pour tout l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de ces modestes recherches. Nous tenons également à remercier M. le docteur Piquant, dont le gracieux concours et les connaissances anatomiques nous furent si utiles.

Sur le cadavre d'une femme de 43 ans, ne présentant aucun signe extérieur de grossesse antérieure, le vagin fut dilaté pendant quatre jours avec des éponges.

La cavité présentant à peu près le volume du poing, une section étant pratiquée sur la ligne blanche, l'utérus fut enlevé et le colon iliaque séparé du rectum.

L'utérus était petit, normal et présentait un col de nullipare.



Puis, le rectum préalablement distendu avec de l'agar-agar, la tête d'un fœtus de six mois abondamment enduite d'huile de vaseline fut introduite dans la cavité vaginale et poussé (non sans peine) dans l'excavation jusqu'à son apparition à l'orifice vulvaire.

Il fut alors procédé à la dissection du périnée.

Cette préparation anatomique se trouve reproduite sur la planche n° 3 de notre travail.

Cette planche montre nettement les rapports du canal vulvo-vaginal. On voit notamment la sangle formée sur les côtés et en arrière du vagin par les fibres pubo-périnéales.

On voit facilement que la bosse frontale dégagée trop brusquement, la tête étant mal fléchie, pourra déterminer une lésion musculaire à son niveau sans déchirer les parties superficielles du périnée.

Malheureusement, le volume réduit de la tête fœtale ne nous a pas permis d'obtenir l'ampliation qu'on aurait pendant un accouchement normal à terme.

QUATRIÈME PARTIE

Traitemen~~t~~ des lésions du diaphragme pelvien

En recueillant ces observations, nous avons eu pour but de montrer à quel point les parties maternelles peuvent être violentées par le passage du volume foetal. Et nous avons essayé d'approfondir quelle était la fréquence et la nature des lésions du diaphragme pelvien.

Etant donné les conséquences que peuvent présenter pour la femme toutes les affections qui viennent compliquer la destruction de son élément noble, il nous a paru intéressant d'étudier quels sont les moyens thérapeutiques dont dispose l'art pour mettre les femmes à l'abri de tout le cortège d'infirmités, auxquelles elles sont exposées, quand leur diaphragme pelvien, c'est-à-dire le releveur de l'anus a cessé de fonctionner.

Où siège la lésion du releveur quand elle existe?

Pour le comprendre, il faut se représenter que « l'épaisseur du releveur de l'anus, comme l'a dit *Schatz* (1), va en augmentant d'avant en arrière. Mais son extensibilité et l'étendue de son ampliation suivent une marche inverse. Cette disposition tient à ce que leurs insertions médianes sont aussi souples en avant qu'elles sont fermes en arrière. On peut donc à ce point de vue diviser le diaphragme pelvien en trois groupes de faisceaux : l'ischiococcygien, le pelvianococcygien et le pelvipérinéal qui s'emboîtent concentriquement d'avant en arrière.

« *Le groupe ischiococcygien* à fibres courtes et demi-tendineuses, grâce à ses insertions médianes osseuses, forme un segment très peu extensible. Aussi la distension du périnée se réduit-elle en ce point à la rétropulsion du coccyx. Attaché en dedans à un raphé fibreux et au pourtour de l'anus, *le groupe moyen* est beaucoup plus dépressible. Le déplissement de ses fibres se traduit par la projection de l'anus en avant et par la surdistension de cet orifice.

1. Schatz, *Ueber die Zeneissung des Muskulosen Beckenboden bei der gebuet*. Arch. f. gynécologie, 1884, t. XXIII, p. 298; id., *Zentralblatt f. gynécologie*, 1903, n° 33 (15 août); id. *Vertrag fur den X^e kongress der deutschen gesellschaft für gynäkologie*.

« *Le groupe antérieur*, essentiellement charnu, sans interposition d'aucune travée fibreuse, est le plus distendu et le moins résistant. Il constitue le siège d'élection le plus commun des ruptures musculaires, interstitielles ou ouvertes ».

Si nous remarquons que c'est ce dernier groupe qui encapuchonne l'extrémité du front pendant la sortie de la tête en position occipito pubienne, nous sommes amenés à faire encore une fois l'observation que c'est presque toujours la bosse frontale qui est la cause déterminante des lésions des parties molles. Le mécanisme de la déchirure musculaire est le même que pour le plan superficiel du périnée où la sortie brusque de l'extrémité frontale achève de déchirer, dans toute sa hauteur, le corps périnéal entamé au niveau de la fourchette vulvaire.

D'après *Emmet* (1) : « Le diaphragme pelvien cède d'abord devant la tête qui s'avance et, ordinairement, plus aisément à la partie postérieure, afin de former avec les os adjacents du bassin une ouverture presque assez large. C'est pour cette raison que les déchirures de cette partie sont très rares. Il en est tout autrement pour le second groupe, qui a à subir une distension plus grande ; les déchirures sont plus communes et

1. Th. A. Emmet, *La pratique des maladies des femmes*, p. 351.

siègent habituellement en arrière et sur les côtés. On les reconnaît presque immédiatement, lorsque le groupe antérieur est resté intact ou lorsqu'il s'est bien cicatrisé après rapprochement au moyen de sutures. On peut alors sentir, en arrière du releveur de l'anus une cavité assez large, ressemblant souvent à un sac herniaire, à travers laquelle, chez les personnes maigres, la muqueuse du vagin peut être refoulée presque jusqu'à la peau.

« Les ruptures les plus importantes et les plus communes sont celles du groupe antérieur du releveur de l'anus. Il est exposé à la distension la plus grande par la raison que l'ouverture est plus étroite, sans compter les traumatismes fréquents qui se produisent pendant les opérations, notamment avec le forceps. C'est là que les ruptures surviennent le plus souvent chez les vieilles primipares ».

D'ailleurs, dans un mémoire lu au meeting de l'American gynecological Society (1), tenu à Philadelphie en septembre 1883, le même auteur s'exprimait ainsi : « Dans certains cas pendant l'accouchement, les parties molles du vagin sont refoulées en avant, lorsque la tête passe le long

1. Th. A. Emmet, *Study of the aetiology of perineal lacerations*, (Transactions of the american gynæcological Society, vol. VIII).

du plancher du bassin. La déchirure, si elle survient, ne se produit pas au niveau de la commissure postérieure des grandes lèvres, mais commence dans le canal, et c'est seulement quand les épaules sortent que la déchirure se complète au dehors. Les parties molles peuvent être déchirées ou non ; mais, dans un grand nombre de cas, avant qu'elles se déchirent, je pense que l'aponévrose qui de chaque côté part du sillon se rompt en son point d'insertion à l'origine vaginal, et cette rupture peut se produire sans lésion externe.

« Nous avons alors l'état que j'ai comparé à une aumônière qui n'aurait pas de cordon à coulisse ».

Et dans le même mémoire il ajoutait : « Malgré la rareté de ces cas, leur principale valeur, par rapport à mon sujet, est d'établir le fait que lorsqu'une déchirure étendue se produit, la force s'exerce avant que la tête et les épaules ne soient avancées assez loin pour distendre la fourchette. Lorsque cela se produit, il est aisément de comprendre que l'aponévrose pelvienne, qui a à supporter tout l'effort, puisse être souvent considérablement allongée et séparée de ses attaches alors qu'on aura déployé beaucoup moins de force qu'il n'en faudrait pour produire la même lésion dans les cas que j'ai décrits. Si cela est vrai, la

fausseté du raisonnement qui consiste à considérer le périnée comme un soutien est absolument démontrée. Cela prouve aussi que l'idée émise par le professeur Goodell et la pratique de diminuer la pression sur le périnée en exerçant une traction en arrière avec deux doigts placés dans le rectum sont basés sur un principe exact. »

Un peu plus tard, en 1884, *Hadra* (1) démontre que la perte de soutien n'est pas due à la déchirure du périnée, mais à la perte du soutien musculaire en d'autres points. Après avoir décrit l'origine, le trajet et l'insertion des muscles releveurs de l'anus, et la fente formée par ces muscles à l'entrée du vagin, il dit : « Lorsque pendant le travail, l'enfant pénètre dans cette fente, elle se distend au plus extrême degré ; dans certaines circonstances malheureuses, elle se rompt au point le plus faible, le raphé, où les deux releveurs se rencontrent.

« Il est une chose certaine, c'est que cette fente est plus exposée et a à résister à une force plus grande que le périnée placé au-dessous précédent. Le vagin, grâce à son élasticité reste intact, tandis que les releveurs peuvent se séparer ou être rompus. Nous voyons une lésion semblable dans

1. B.-E. Hadra (Jan Antonio). *Injuries of the pelvic dia-phragm*, American Journ. of Obstetrics, avril 1884.

le diastasis des muscles droits de l'abdomen, qui cèdent tandis que le péritoine et le tégument restent indemnes. Nous pouvons avoir ainsi un véritable diastasis ou une véritable rupture de l'un ou des deux releveurs.

« Ils peuvent se déchirer près de leur insertion pubienne, ou être rompus en un point quelconque de leur trajet. Nous pouvons avoir un simple relâchement de tout le tissu du diaphragme pelvien par suite d'un état morbide des muscles et du tissu cellulaire ou par suite d'une distension excessive produite par une force quelconque venant d'en haut ».

Ziegenspeck (1), de Munich, paraît être le premier chirurgien qui ait systématiquement pratiqué la myorraphie des releveurs. Depuis 1887, il a publié plusieurs travaux sur la pathogénie et le mécanisme des prolapsus génitaux, insistant chaque fois sur l'importance, dans la production de ces affections, de l'élargissement anormal de la fente des releveurs. Mais ce n'est qu'en 1899, qu'il publie les résultats d'une opération, basée sur ces données anatomiques (2), enseignée par *Küstner* dans son traité de gynécologie.

1. *Ziegenspeck*, *Zentralblatt f. gynäkologie*, 14 octobre 1899.

2. *Küstner*, *Kurges Lehrbuch der gynäcologie*, 1901.

Depuis *Noble* (1), en 1897 diverses opérations ont été proposées pour remédier aux inconvénients des déchirures du releveur de l'anus. Nous n'entrerons pas dans la description des procédés qui ont été imaginés par les chirurgiens gynécologues pour rétablir l'utérus dans son état statique normal.

Dans ce but, tous les moyens de fixité de l'organe gestateur ont été attaqués ; on a même cherché à lui créer des adhérences nouvelles en fixant sa face antérieure à la paroi abdominale.

Parmi les procédés de myorraphie des releveurs de l'anus, un des plus répandus en France est celui de MM. les professeurs agrégés Duval et Proust (2). Ce procédé est trop répandu aujourd'hui pour que nous nous étendions sur la description de sa technique opératoire. Il constitue un progrès considérable sur l'ancienne périnéorraphie secondaire, parce qu'il reconstitue tous les plans musculaires en arrière du vagin.

« Lorsqu'on fait le toucher vaginal, la femme debout, on perçoit une cloison très épaisse ; le coin périnéal est reformé, le vagin est devenu

1. Noble, *Perinéorraphie by uniting the borders of the levator ani muscles*.

2. Duval et Proust, *Technique de la suture des muscles releveurs au cours de la périnéorraphie*, Presse médicale, 22 novembre 1902.

horizontal, on le sent comme refoulé par une sangle très forte. Bien plus, et c'est ce qui fait le mérite de l'opération, cette sangle est contractile, contractile justement dans l'effort abdominal. Lorsqu'on fait tousser la femme, on sent les releveurs durcir sous le doigt ; ce nouveau périnée possède la force de contraction musculaire au momont précis où il doit résister » (1).

La sangle des releveurs précédemment décrite étant rétablie, la paroi vaginale a retrouvé son squelette musculaire.

Par l'emploi de ce procédé, on n'obtient pas seulement une vulve étroite, mais on reconstitue même un périnée de nullipare épais et ferme.

Nous voyons cependant que, malgré les beaux résultats obtenus à l'aide de ces procédés et la sagacité des chirurgiens si tous les moyens de fixité de l'utérus viennent à céder et donner lieu à un prolapsus utérin la réfection d'un plancher pelvin, faite à l'aide de fibres musculaires plus ou moins dégénérées et retractées, peut difficilement être définitive. L'étude attentive et détaillée des observations des déviations utérines montre que les phénomènes sympathiques et les troubles fonctionnels atteignent une telle inten-

1. Delore et Jacob, *De la périnéorraphie à étages (myorrhaphie des releveurs)*, Lyon médical, 11 septembre 1904.

sité que, si la vie des femmes ne se trouve pas directement menacée, elle est du moins rendue malheureuse et insupportable. Lorsqu'on a conçu que la cause première d'un mal réside dans la faiblesse du diaphragme pelvien, il est très séduisant d'aller rétablir l'action de cet organe en redonnant au muscle qu'il contient la puissance contractile qu'il devrait avoir.

L'importance du diaphragme pelvien dans la statique utérine et la pression intra-abdominale n'est pas niable, et il est compréhensible qu'un chirurgien songe à le restaurer comme un architecte qui préférera rétablir les fondations d'un édifice plutôt qu'à y appliquer un étai ou un soliveau. Mais ne faut-il pas être éclectique et considérer que deux opérations peuvent se compléter mutuellement.

Alexander, tout en professant son procédé dit que « là où il existe un faible périnée, une tendance au rectocile ou au cystocile, ou des ligaments utéro-sacrés nettement relâchés, il faut fortifier le périnée en même temps que l'on raccourcit les ligaments ronds, sinon le port d'un pessaire s'imposera pour constituer à l'utérus un support inférieur » (1).

Dans le but de rétablir la solidité de la partie

1. *Alexander, Practical gynecology*, p. 61.

supérieure du vagin tout en faisant la suture des releveurs de l'anus, *M. le professeur Reclus* et *M. le docteur Piquant*, son chef de clinique, ont tout récemment imaginé un procédé de colpo-périnéorraphie avec suture des muscles releveurs. Nous avons eu l'occasion de les voir opérer et ils ont bien voulu nous autoriser à reproduire ici leur technique opératoire. *M. le docteur Piquant* a bien voulu nous communiquer quelques observations de malades opérés avec ce procédé et nous sommes heureux de pouvoir, en les publiant ici, lui témoigner de notre très vive gratitude :

Colpo-périnéorraphie avec suture des muscles releveurs

(Procédé Reclus-Piquant)

1° *Incision cutanée.* — Incision concave en avant, passant transversalement derrière la limite postérieure de la fourchette et suit le rebord cutanéo-muqueux de la vulve jusqu'au bout externe de la grande lèvre.

2° *Dédoublement de la cloison recto-vaginale et découverte des bords inférieurs des muscles releveurs.* — Après avoir coupé la peau, on incise le raphé anovulvaire et le corps périnéal, de

Colpopéritinéorraphie postérieure avec suture des releveurs

(PROCÉDÉ RECLUS-PIQUANT)

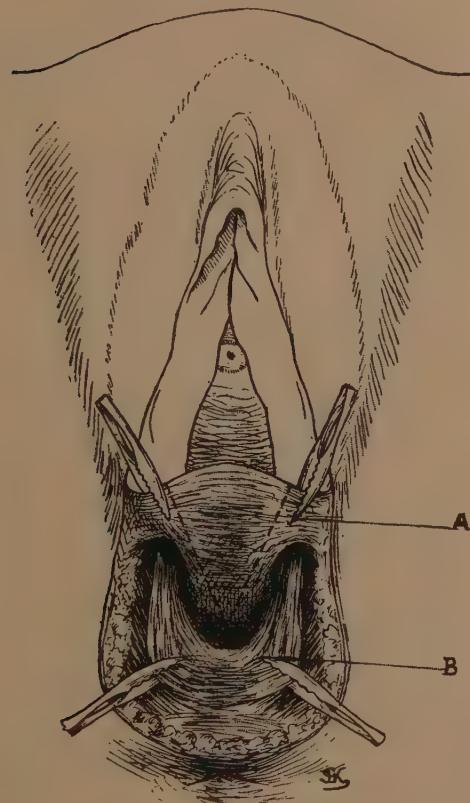


Fig. I

Après incision de la peau, la paroi postérieure du vagin a été décollée jusqu'au niveau du cul de sac de Douglas. Sur cette paroi attirée en avant par deux pinces (A) on a marqué en pointillé le segment triangulaire qui devra être excisé. Dans le fond de la plaie on voit les deux muscles releveurs mis à nu et attirés en arrière par deux pinces (B).

Colpopérinéorraphie postérieure avec suture des releveurs

(PROCÉDÉ RECLUS-PIQUANT)

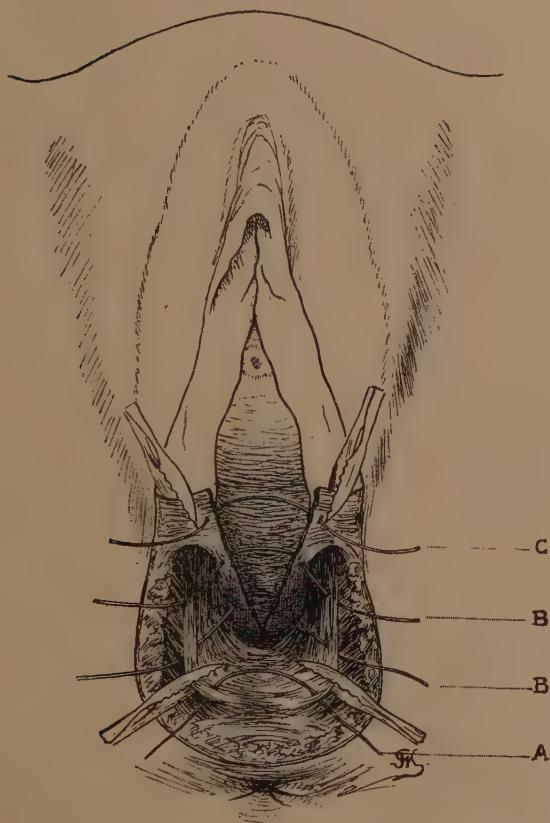


Fig. II

Un segment triangulaire de la paroi vaginale postérieure a été excisé de façon à rétrécir fortement cette paroi. Une série de fils transversaux ont été passés : le premier (A) prend uniquement la partie postérieure du muscle releveur, les deux suivants (B) traversent les releveurs et les deux tranches de la paroi vaginale qu'ils serviront à rapprocher, un quatrième fil (C) traverse uniquement les deux tranches de la paroi vaginale. Quand ces fils auront été serrés, il ne restera plus qu'à suturer la peau au moyen d'une série de fils profonds et à compléter la suture de la paroi vaginale.

manière à permettre à la vulve et à l'anus de s'écartier l'un de l'autre. A ce moment, on place trois pinces, l'une en arrière près de l'anus, les deux autres en avant au niveau des extrémités antéro-latérales de l'incision.

L'aide tirant assez fortement sur ces pinces, éloigne la vulve de l'anus et tend les muscles releveurs comme deux cordes dirigées d'avant en arrière; il est alors facile de sentir et de découvrir le bord inférieur des deux releveurs en avant, au point où ces deux muscles s'engagent sous le diaphragme urogénital.

Les muscles releveurs étant bien découverts à ce niveau, on les dissèque d'avant en arrière jusqu'à la ligne médiane où ils s'insèrent sur la bandelette rectovaginale (fig. 1).

La bandelette rectovaginale est alors sectionnée transversalement au ras de la paroi vaginale. Après cette section, il est facile, soit avec le doigt, soit avec des ciseaux-mousses de décoller la paroi vaginale de la paroi rectale jusqu'au niveau du cul de sac de Douglas que l'on voit sous forme d'un bourrelet transversal blanc et saillant.

3^e Excision d'un segment triangulaire de la paroi vaginale. — La paroi rectale étant repoussée en arrière au moyen d'une valve, la paroi vaginale décollée est fortement tendue au moyen de deux

pinces ; il est alors très facile d'exciser aux ciseaux un segment de cette paroi vaginale, ayant la forme d'un triangle dont le sommet remonte jusqu'au voisinage du cul de sac rectovaginal, et dont la base répond à peu près à la limite antérieure de l'incision cutanée (fig. 2).

4^o Suture des releveurs et de la cloison vaginale.
— La tranche de section de la paroi vaginale étant saisie de chaque côté avec une pince, on passe avec l'aiguille courbe une série de fils transversant successivement la face interne d'un des releveurs, la tranche vaginale correspondante, puis, l'autre tranche vaginale, et enfin la face interne du releveur du côté opposé.

Le premier point doit être placé aussi profondément que possible au voisinage du cul de sac de Douglas et par conséquent du sommet de l'incision vaginale. Ce fil n'est pas noué immédiatement, et l'on passe ainsi trois ou quatre fils de plus en plus superficiels (fig. 3). Lorsque tous ces fils ont été placés, on les noue en commençant par le fil supérieur.

Le plan de suture profonde est complété par 4 points transversaux unissant le bord inférieur des muscles releveurs par-dessus la suture profonde.

5^o Suture superficielle du périnée. — Par-dessus les sutures musculaires qui viennent d'être fai-

tes, il reste à refermer le plan superficiel du périnée : pour cela, on passe une série de fils transversaux d'arrière en avant jusqu'au bord inférieur de la cloison vaginale. Ces fils doivent être passés profondément, de façon à traverser toutes les parties molles du périnée et à reprendre le bord inférieur des releveurs.

Généralement, il est nécessaire de placer deux ou trois fils en avant pour compléter la reconstitution de la cloison vaginale.

Quand ces divers fils sont serrés, l'incision, primitivement concave, prend la forme d'une fente antéro-postérieure.

Le périné, complètement reconstitué, se prolonge jusqu'au bord postérieur des grandes lèvres ; la paroi vaginale postérieure repose sur un plan solide formé par une triple suture musculaire et aponévrotique.

Observation n° 11. — (Due à M. le docteur Piquant).

Mme F..., âgée de 25 ans, couturière, entre à la Charité, salle Gosselin, le 8 octobre 1905.

Antécédents. — Une seule grossesse à terme, il y a 2 ans, terminée par un accouchement difficile ayant nécessité l'emploi du forceps et ayant déterminé une déchirure du périnée.

Depuis son accouchement, la malade se plaint, de gêne, de pesanteur et d'impossibilité de tout travail.

Examen. — Large déchirure du périnée, l'utérus descend jusqu'à la vulve dans la station debout. Un peu de cystocèle. Rectocèle très prononcée. Au toucher, les parois vaginales sont absolument flasques, surtout en arrière. La sangle du releveur est assez bien sentie du côté droit, mais du côté gauche, elle est impossible à sentir et le doigt explorateur s'enfonce profondément.

Opération le 15 octobre. — Curetage de l'utérus et colpo-périnéorraphie postérieure avec suture des releveurs. Les muscles releveurs sont assez facilement découverts et suturés en un seul plan avec la paroi vaginale, dont on excise un segment triangulaire.

Suites opératoires. — Bonnes, la malade quitte l'hôpital au bout de 30 jours.

La malade a été revue six mois après l'opération. Le résultat est aussi satisfaisant que possible ; toute douleur a disparu ; l'utérus reste bien maintenu ; le périnée est très résistant, long de 6 centimètres entre l'annus et la vulve.

Le vagin est demeuré assez fortement rétréci : la paroi vaginale postérieure très oblique, présente à sa partie moyenne une sorte de colonne au niveau de la suture.

Observation n° 12. (Due à M. le docteur Piquant).

Mme G..., âgée de 38 ans, entrée à la Charité, salle Gosselin, le 8 janvier 1906.

Antécédents. — A eu trois grossesses à 26, 29 et 34 ans.

Au premier accouchement, a eu une déchirure du périnée. *Le prolapsus* a fait son apparition 4 ans après le premier accouchement (à 30 ans).

Depuis le dernier accouchement, il est devenu plus considérable, le port de pessaires ne soulage plus la malade qui se plaint de douleurs et de troubles urinaires.

Examen. — L'utérus descend jusqu'à la vulve quand la malade est debout,

Cystocèle et rectocèle considérables.

Au toucher, la paroi vaginale est absolument flasque ; on ne sent nulle part la saillie des releveurs, même quand la malade se contracte fortement.

Opération, le 23 février. — Curetage.

Colpopérinéographie postérieure avec excision d'un segment de la paroi vaginale postérieure avec suture des releveurs.

Les releveurs peu développés sont assez difficiles à découvrir.

Résultat opératoire. — Immédiat satisfaisant. La malade a été revue, au mois de mai 1906. Elle est revenue consulter pour des troubles occasionnés par un cancer du rectum au début.

Son utérus ne descend plus, le périnée paraît très résistant et les troubles urinaires ont en grande partie disparu.

Observation n° 13. — (Due à M. le docteur Piquant).

Mme P..., âgée de 54 ans, ménagère. Entrée à la Charité, salle Gosselin, le 16 mai 1906, pour un prolapsus utérin qui date d'environ 2 ans.

Antécédents. — Réglée à 17 ans régulièrement, a eu deux grossesses à neuf ans de distance.

Accouchements normaux, enfants vivants.

Pas de déchirure du périnée.

Actuellement, la malade souffre de son prolapsus, douleurs et gêne considérables surtout à la fin de la journée.

Troubles urinaires, ses mictions sont fréquentes et peu abondantes.

Examen. — La malade étant couchée, on constate que la vulve est béante.

La paroi antérieure du vagin fait une saillie marquée qui s'accuse beaucoup quand la malade tousse ou pousse.

La paroi postérieure fait une saillie moins marquée.

Au toucher, on sent le col qui regarde en avant ; les culs de sac vaginaux sont effacés ; le corps de l'utérus est basculé en arrière et à gauche.

Sur les côtés la saillie du releveur est faible à gauche et à peu près nulle à droite.

Quand la malade est debout depuis un instant, la saillie de la paroi antérieure est considérable et fait une volumineuse tumeur de la grosseur d'un œuf, molle au toucher.

La muqueuse est rugueuse, sèche, mais pas éraillée. Sous l'influence de la toux, la hernie augmente de volume.

Les parties molles du périnée et la cloison rectovaginale sont lâches et flasques.

Opération le 20 mai. — Curetage.

Colpo périnéorraphie postérieure avec excision d'un segment de la paroi vaginale postérieure avec suture des releveurs.

Résultat opératoire. — Immédiat satisfaisant. Le péri-

née paraît très résistant et l'utérus ne descend plus, quand la malade est debout.

Les résultats de ce procédé, comme on le voit, sont fort beaux jusqu'à présent et nous pensons qu'ils peuvent être considérés comme définitifs tout au moins pour le cas de l'observation n° 11.

Nous ne publions d'ailleurs ce procédé opéatoire que comme un procédé de périnéorraphie secondaire. Nous considérons la restauration immédiate du plancher pelvien toujours préférable à une opération tardive pratiquée, alors que les conséquences de la lésion telles que l'érythème, la vaginite, la métrite avec ulcération du col, sont venues altérer la valeur des tissus, et qu'il faudra guérir ou tout au moins améliorer, avant de songer à refaire le plancher pelvien.

D'ailleurs, la [myorraphie tardive des releveurs n'est pas une opération facile surtout quand la rétraction des faisceaux musculaires est accomplie et que les moignons du muscle dégénérés sont ratatinés auprès de leurs insertions osseuses ou aponévrotiques. Nous croyons même pouvoir affirmer que souvent on ne les trouve pas chez les femmes âgées, à tissus atrophiés, porteuses d'un volumineux prolapsus. Dans ces cas, la recherche des releveurs est très difficile

et le muscle atrophié ne saurait porter les sutures (1).

Pour opérer la suture des releveurs avant ou en arrière du vagin, il faut que la musculature soit encore appréciable ; en tous cas, le succès ne peut en être affirmé qu'avec la sanction du temps.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que le traitement de ces affections doit être surtout prophylactique, qu'il importe avant tout de prévenir la trop rapide et brutale ampliation du dia-phragme pelvien pendant l'accouchement.

Dans ce but, ne pas abréger la période d'expulsion autrement que dans les cas où la vie de la mère ou celle de l'enfant paraissent courir un grand danger (hémorragie ou modification des battements du cœur fœtal).

En particulier, nous ne saurions trop mettre en garde contre l'usage précoce et inconsidéré de l'expression utérine. Cette manière de procéder, en effet, force le passage du fœtus dans le détroit musculaire et abrège la période d'expulsion, sans laisser aux parties molles le temps de se prêter aux dimensions du volume fœtal.

Il en sera de même pour l'extraction de la tête

1. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.*
29 mars et 5 avril 1905.

dernière, à la suite d'une version ou dans une présentation de l'extrémité pelvienne.

Si l'on veut, sans raison, précipiter la sortie du fœtus à l'aide de tractions exercées sur les membres inférieurs et sur le tronc, la boutonnière musculaire, dilatée par le passage de l'enfant, mais possédant toute sa puissance contractile s'oppose à la descente des bras relevés sur la face supérieure du plancher pelvien.

Sans compter que l'orifice musculaire pourra entraver considérablement la sortie de la tête par sa rétraction sur le cou de l'enfant et l'extraction ne pourra se terminer qu'au prix d'un traumatisme musculaire très préjudiciable aux parties maternelles.

Les lésions des parties molles dans l'extraction au forceps sont classiques ; nous n'y insisterons pas ici.

Nous ajouterons pour terminer que dans le cas où la lésion des parties molles n'a pu être prévenue et que le mal est un fait accompli, la recherche des releveurs immédiatement après l'accouchement est matériellement impossible. Les faisceaux musculaires repoussés et écartés de dedans en dehors sont perdus au milieu des tissus distendus excentriquement pour former le canal cylindrique où le fœtus a passé. L'examen du fond de la plaie permet de se rendre compte,

par la direction des fibres, de l'état de conservation des transverses superficiels du périnée. Souvent, le releveur de l'anus sera reconnu à la direction de ses faisceaux obliques de haut en bas et d'avant en arrière, se rendant au raphé périnéal. La dissection de ces faisceaux rompus est impossible dans les lèvres d'une plaie survenue à la suite d'une dilacération violente capable de compromettre leur vitalité.

On obtient cependant de très bons résultats au moyen de la suture d'Emmet (1) pratiquée à l'aide d'une grande aiguille courbe (Doyen ou Emmet), en s'aidant par le toucher rectal, dont les inconvénients sont maintenant diminués, grâce à l'usage des doigtiers ou des gants en caoutchouc.

Les résultats que nous avons pu observer, par ce procédé, employé par M. le docteur Guéniot, chef de clinique à la clinique Tarnier, nous ont paru en tous points satisfaisants.

Les malades ont quitté le service avec un long périnée et une cloison recto-vaginale régulière et épaisse au toucher, les parois du vagin étaient fermes et bien soutenues; de chaque côté on avait la sensation d'un releveur bien conservé,

(1) Hue (Jude) de Rouen. — *Etude sur la périnéorraphie.* Mémoire présenté à la Société de chirurgie de Paris en 1875. Rapport de M. Guéniot, séance du 5 avril 1876.

tout au plus atténué dans la puissance de ses contractions.

Nos observations nous ont également permis de constater les bons effets de l'anesthésie pendant une période d'expulsion pénible.

Le relachement musculaire qui est la conséquence de la narcose chloroformique suffit souvent à vaincre la résistance des parties molles, quand celle-ci est due à la contracture exagérée du muscle releveur de l'anus.

CONCLUSIONS

1° L'appréciation de la valeur fonctionnelle et de la tonicité du diaphragme pelvien chez une femme enceinte permet souvent d'établir un pronostic sur la terminaison de l'accouchement.

L'examen du plancher pelvien permet de prévoir, dans une certaine mesure, la résistance qu'opposeront les parties molles maternelles au passage de la présentation fœtale.

2° Lorsque le releveur de l'anus est bien développé et fonctionne normalement, la longue durée de la période d'expulsion est une circonstance favorable à la conservation et à l'intégrité des organes maternels après l'accouchement.

3° Une période d'expulsion rapide, chez une femme possédant un releveur de l'anus faible, cause souvent des lésions superficielles ou profondes de la filière génitale.

4° Une extraction trop rapide du fœtus peut causer des déchirures du releveur de l'anus en

respectant les téguments. Le siège de la lésion musculaire coïncide généralement avec le lieu de passage de l'extrémité frontale du fœtus.

5° Le nouveau procédé de colpopérinéorraphie postérieure avec suture des muscles releveurs de l'anus, proposé par M le professeur Reclus et le docteur Piquant, paraît efficace pour réparer les désordres consécutifs à l'effondrement ou à l'atrophie du diaphragme pelvien. Ce procédé ne saurait être utilisé dans la restauration immédiate après l'accouchement.

6° La périnéorraphie immédiate avec la suture d'Emmet proprement dite, associée à la suture vaginale, semble être un procédé mixte par excellence applicable à toutes les variétés de déchirures du périnée.

7° L'importance des soins, donnés à la parturiente au moment de l'expulsion, est considérable parce qu'ils peuvent prévenir les lésions des parties molles.

Les manœuvres exécutées, sans motif impérial, dans le but de délivrer la femme plus rapidement, compromettent l'intégrité des parties maternelles et par conséquent la santé ultérieure de la parturiente

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
I^{re} PARTIE. — LE DIAPHRAGME PELVIEN CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL	5
I Constitution du diaphragme pelvien	5
<i>Diaphragme pelvien principal</i>	8
<i>Rôle du releveur de l'anus</i>	16
II. Le diaphragme pelvien pendant l'accouchement.	17
II^o PARTIE. — DYSTOCIE PAR LA RÉSISTANCE DU DIAPHRAGME PELVIEN À L'ACCOUCHEMENT	23
<i>Aperçu historique</i>	23
<i>Constriction du vagin par le releveur de l'anus</i>	26
<i>Dystocie par contracture du releveur de l'anus</i>	28
<i>(Observations Revillout, Hildebrandt, Bemcke).</i>	
<i>Recherches expérimentales.</i>	40
<i>(M. le professeur Budin).</i>	
<i>De la contracture des releveurs pendant l'accouchement.</i>	43
<i>(Observation Davet).</i>	
<i>Obstacle apporté à l'expulsion par la dégénérescence scléreuse du releveur anal</i>	45
<i>(Observation Démelin).</i>	
Hue	9

III^e PARTIE. — LÉSIONS DU MUSCLE RELEVEUR DE L'ANUS	
PENDANT L'ACCOUCHEMENT	50
<i>De la valeur physiologique du diaphragme pelvien au point de vue obstétrical.</i>	54
<i>Examen du releveur de l'anus chez une femme</i>	57
<i>Conclusions à tirer de cet examen.</i>	62
(<i>Observation n^o 1</i>).	64
(— 2).	67
(— 3).	69
(— 4).	71
(— 5).	73
<i>Rôle de la tête fœtale dans la terminaison de l'accouchement.</i>	76
<i>Conséquences de l'ampliation anormale du diaphragme pelvien pendant l'accouchement</i>	79
<i>Conséquences de l'ampliation anormalement rapide de la boutonnière pubococcycienne</i>	81
(<i>Observation n^o 6</i>).	82
(— 7).	86
(— 8).	90
<i>Lésions superficielles de la filière génitale à la brièveté de l'expulsion</i>	94
(<i>Observation n^o 9</i>).	95
(— 10).	97
<i>Recherche expérimentale</i>	102
IV^e PARTIE. — TRAITEMENT DES LÉSIONS DU DIAPHRAGME PELVIEN	104
<i>Colpo-périnéorraphie avec suture des muscles releveurs (Procédé Reclus-Piquant)</i>	114
(<i>Observation n^o 11</i>).	117
(— 12).	118
(— 13).	119
CONCLUSIONS	126

TABLE DES PLANCHES

	Pages
PLANCHE n ^o I (Observation n ^o 8)	93
PLANCHE n ^o II (Observation n ^o 8)	95
PLANCHE n ^o III (Recherche expérimentale).	103

25.C.88.

Quelques recherches sur l'ampli 1906
Courtway Library BEV7899



3 2044 046 073 177

25.C.88.

Quelques recherches sur l'ampli

Countway Library

1906
BEV7899



3 2044 046 073 177